

妊娠及分娩期之急性闌尾炎

鍾品梅

妊娠及分娩期之急性闌尾炎

ACUTE APPENDICITIS IN PREGNANCY AND LABOR.

私立北平協和醫院婦產科

鍾品梅

急性闌尾炎一症,女性患者較之男性本不甚少,故於妊娠之期,或臨盆之時,或產褥期患之者亦有成例可考。最初一八四八年HanCock氏報告一年三十歲某氏,素有腹痛,時於腹右髂窩部發作。至產褥期復發,變成急性闌尾炎。一九一二年Findley氏報告妊娠期內併發急性闌尾炎十五例,後至一九二七年Wilson氏報告十例,其中於妊娠期併發者八例,分娩時併發者一例,產褥期併發者一例。據Donahue氏調查;此症在妊娠之上半期患之者,佔百分之八十。

原因

DeLee氏云:原發性急性闌尾炎在孕期發作者極少,復發性者則較多。Pels Leusden氏查出孕婦之闌尾有脫膜反應(Decidual reaction),或為孕婦常發闌尾炎之最大原因。又一說謂胚胎生長,則子宮膨大,結腸因屢受壓迫而時患便秘。若盲腸之四周有粘連,加以子宮長大而牽引之,則影響於闌尾之舊疾復發。Findley氏之十五例,有十四例曾患慢性闌

尾炎,於此可見妊娠與慢性闌尾炎之相互關係矣。細菌最常見者爲大腸桿菌,鏈球菌,膿球菌,或有時爲產氣桿菌 (*Gas bacillus*)。

病狀

主要症狀,爲腹右下部自發痛,觸痛及腹壁強硬三種。次要者爲嘔吐,輕熱,同時脈搏及呼吸數或稍增,或便秘,或白血球之數目增加等。最初於臍之中心或腹上部突發一陣痙攣性痛,繼爲陣發性,或連續不斷,隨後移轉至腹右下部。嘔吐恆隨痛而俱至,一次或數次不定。在妊娠初期,腹部尙未膨脹,病狀大半顯著,待子宮擴大,則症狀益複雜矣。蓋子宮長大,結腸及網膜被移動,闌尾初爲卡他兒,因孕時充血,而炎症之進展益速,遂變膿腫,繼而潰爛,而壞疽,而穿孔。因無網膜粘連限制,膿液遂蔓延而成普遍性腹膜炎。若於分娩之時發生,因子宮之收縮,膿腫破裂益早,則得腹膜炎亦益早。孕時之闌尾可粘於子宮闊韌帶,或子宮,或升結腸之背,或腹腔之後壁,或腹腔之上部,而不一定。故病者若於闌尾之部位有疼痛,嘔吐,腹肌強硬及腹壁上不見腸蠕動現象,有尿意,或冷覺,或略發熱,脈搏增加,白血球增加,全身感覺不適,精神欠佳,陰道檢查,於腹右髂窩有觸痛等,則須特別注意。

診斷

無特別困難。惟孕時類似急性闌尾炎之病甚多,切不可不知。其在妊娠初期者,有右輸卵管妊娠,或卵巢妊娠,卵巢囊腫扭轉,胃潰瘍,膽囊炎及膽囊破裂。其在分娩之時,有胎盤早期分離,腎盂炎,卵巢囊腫,或子宮扭轉,子宮破裂等病,皆易與闌尾炎相混。上述各病除腎盂炎之治法不同須將

病者之尿詳細檢查外,餘皆需要外科手術。

其他於診斷上有關者,平常無孕之婦人,白血球數目隨闌尾炎之進展程度而增加。孕婦臨盆之時,白血球增加之數亦甚顯著。

治療

治療舍外科手術之外,別無補救之方。未懷孕之婦女,有闌尾炎,宜從早去之。有孕者,患之更當早行割除術。病者有孕幾月?是否宜於全身麻醉?或腰髓麻醉?胎兒生存否?等等問題,亦宜詳加考慮。至於切口處,究宜在腹臍下中線,或闌尾處?則應由施手術人詳加審察。吾人既知闌尾炎之部位不定,則不如取臍下中線為宜。茲就麻醉法約略言之。最普通有二種:一為全身麻醉法,一為腰髓麻醉法。

若病者之血壓當收縮期,在水銀表九十耗以上,且無“休克,”無“希司特利,”及腦過敏等現象者,宜用腰髓麻醉法。此法之優點有三: (一)注射後可使骶腰部之傳入傳出神經及脊髓背側段之下部發生麻痺。(二)與脊髓背側段之下部相接之傳入傳出神經已麻痺,平常因手術而發生之休克減輕。(三)注射後,病者呼吸如常,肌絲全部鬆弛,靜脈血流中無反回之壓力,且可避免小血管滲漏之弊。

若病者之情形不宜於腰髓麻醉法,則用“以脫”全身麻醉。如病者有過敏或“希司特利”等狀,則用Avertin與“以脫”並用之全身麻醉法。

施手術時宜注意之事:

若闌尾炎發生於妊娠之上半期,則剖腹時,宜將子宮喇叭管卵巢及子宮闊韧带等,妥為保護,避免一切有妨害胚胎

之動作,以防流產。待闌尾截除,縫合之後,宜審察骨盆內其餘之器官如有卵巢囊腫,可同時去之。更宜使大小腸回復原位,然後始可縫合切口,於是手術告終。如闌尾炎已變膿腫,截除後,宜從右側腹壁造一傷口,插進紙煙式之排液物二三根,經二十四小時後撤去其一,餘者再過十二或二十四小時後撤去之,以排洩膿液。

如炎症發生於妊娠之下半期,或臨產之時,孕期已過二十八星期,胎兒有養育成人之希望時,先行開腹產術,取出胎兒。縫合子宮之切口,用消毒藥布蘸1%汞色質(Mercurochrome)將切口妥為掩護後,再依法行闌尾截除術。

死亡率

此視病者就診之遲早,及病理改變之情形而定。如施手術時已成膿腫,或腹膜炎,則死亡率極高。茲引McDonald氏於一九二九年發表之孕婦併發闌尾炎一文所引用之死亡率,表列於下,以資參考。

	罕有急性闌尾炎者			有急性炎後變局部膿腫者			有普通性腹膜炎者		
	實數	死亡	百分數	實數	死亡	百分數	實數	死亡	百分數
Jerlov氏孕婦併發急性闌尾炎之二百零四例中	108	0	0	45	9	20	51	16	31
孕婦併發急性闌尾炎之七十例中 (Western surgical group and literature,)	35	1	3	6	3	50	29	8	27
上列二者孕婦總數二百七十四人中	143	1	.71	51	12	23.5	80	24	30
Quain氏,無孕婦有急性闌尾炎之一千例中	551	2	.36	289	7	2.4	160	18	11

病例報告

茲就民國十二年至二十年間,協和婦產科所遇四例,報

告於後。其中妊娠期併發者三例，分娩期併發者一例。

妊娠期併發急性闌尾炎三例

第一例 住院號數四二六四，趙氏，年三十一歲。於民國十二年二月七日來院就醫。

據稱患腹痛五日，自第一日晨二時於腹右下部起一陣劇痛，後時重時輕，永未停止，痛點自右腹下部，牽動至左腹部。約經七小時始作嘔吐，間時發作，吐出者皆酸性液。二日後，日間疼痛稍輕，夜間轉劇。大便間日一次，糞黑而乾。病後飲食俱廢。惟不發熱，不畏冷。前產兒女四人，除第三胎未及一週年而卒外，餘皆健在，向無腸胃病，惟每當產後腹有微痛。

經期 月經已三個月不見，自謂已懷孕三月。

身體檢查 腹部稍見膨脹，右腹下部之腹肌全部痙攣，而且於闌尾部有顯明之觸痛及無定形之塊。

陰道檢查 子宮頸柔軟，子宮外口可容一食指，子宮體亦膨大，確屬有孕二三月，子宮穹窿四周之情形如常，惟在其右上角稍遠之處有一無定形之塊。

試驗室檢查 血色蛋白(Hemoglobin)百分之九十三，紅血球四，二八〇，〇〇〇，白血球九四〇〇，其中百分之七十九為多形核球。血壓：心收縮時九十，心擴張時七十。體溫：三七.七。脈搏：九十七。呼吸：二十四。診斷為急性闌尾炎。

病者立即用“以脫”全身麻醉。由闌尾炎點開腹。腹膜剖開時，發現網膜掩覆一膿腫，膿約四兩，流出時臭氣刺鼻。闌尾之基底端，大半已腐爛，如是將未盡腐爛之殘株妥為收拾，推入盲腸之內，外用口袋式縫合法(Purse string)固封之。自刀口處插入排液物二根，以利排洩。待傷口痊愈病者安然出院。更於本年八月二十五日來院產一男孩，重約三六八三克。

膿培養查出大腸桿菌

第二例 住院號數五七四三，王氏向理家政，年三十七歲，於民國十二年八月十三日因患腹右下部痛來院就診。據謂九日前即有痛起於腹上部，同時屢有尿意及小解之困難，因之腹部膨脹不適。

經期 自是年三月十日來潮，後未復見，自知有孕四個半月。

身體檢查 腹部確膨脹，下腹部之二側皆有觸痛，腹肌強硬，在右側者尤甚。闌尾炎點且有一無定形而柔軟之塊，可以按摸。

陰道檢查 子宮頸柔軟，子宮外口閉塞不張。子宮體膨大。有孕約四個半月。

病者於八月十四日十二時五十分，羊水袋破裂，流出羊水。至該日下午一時十二分胎兒自然產出。胎盤於一點三十五分脫落。其後病者發戰約二十分鐘，於八月二十二日施“以脫”全身麻醉，行腹臍下中線剖腹術，吸出膿腫之膿液約一千立方厘米。傷口處插入引流物。隨後傷口漸愈，病者精神亦次第恢復，至是年十月十一日安然出院。

第三例 住院號數三一八二九，李氏，年二十六歲，屏孕第四次，於民國二十年五月十五日因患腹痛三日，來院就醫。

婚後歷史 二十一歲時結婚，夫年二十六歲，婚後已產三胎，俱滿孕期。

經期 自十六歲開始，每三十日來潮一次，每次屏時五六日，量亦不多。八年來即稍有白帶。最末一次經期來時，為民國十九年十二月三十一日。

病史 於民國二十年正月曾患腹痛一次，屏時十五六日。三日前忽於腹上部發陣痛，初起時甚輕，後漸劇烈。二日後痛移於腹右下部。來院前三四小時，痛甚劇，而且時有尿意。但始終未曾患

嘔吐惡心。病後飲食大減，每日小便一次。

身體檢查 病者面容憂戚，時呼疼痛，腹部強硬，下腹部有觸痛，尤以右腹下部為甚。子宮之基底部已達臍之水平線上。

陰道檢查 子宮已擴大，有孕約五月。子宮穹窿及其後部皆有觸痛。胎兒在子宮內，時常跳動。

試驗室檢查 白血球九六〇〇，其中多形核球約百分之八十六。體溫：三八·七。脈搏：一〇八。呼吸：二十三。血壓：110/70

診斷為潰爛性闌尾炎。後得病者之許可，即施腰髓麻醉法，行臍下中線剖腹術。腹腔內膿液甚多，臭氣刺鼻，似傳染大腸桿菌。膿液遍及腹之大半部，尤多於腹右下部。自腹右下部托出一膿塊內有網膜及已腐爛之闌尾。右卵巢及喇叭管亦腫脹，與之互相粘連。遂割去闌尾，右卵巢及右輸卵管之遠端三分之二。復於右腹下部膀胱之腹壁上刺穿一洞，通出排液物三根。病者漸次復元。是年八月八日，復來院分娩，為一早產女嬰，約重一五一〇克，十日後復安然出院。

細菌檢查報告：膿培養查出大腸桿菌。

孕婦分娩時併發急性闌尾炎之一例

病者住院號數二九八七六，年二十五歲，初孕，於民國十九年十月二十八日早進院。自稱二十七日一時即覺腹痛，惟發作之時間不定。經期於民國十九年二月二十日來潮，至今未再見。孕後來院檢查數次，住院之前一星期始稍有脚腫。至來院前一日晚嘔吐一次，吐後痛亦減輕，不久復發，痛漸轉劇。此種陣痛，皆以為臨產應有之現象。

以前未嘗患類似之病，體溫三七·六，脈搏八十八，呼吸二十。面容憂戚而帶紅潤，呼吸時鼻翼略張，腹部診察，除有孕外，別無異常。

胎位爲枕右前產式；胎兒之心音清晰，每分鐘一百四十八至，觸診子宮收縮，時時發作。肛門檢查：子宮口開始舒張，惟於陰門尙無血液發現。有一事須申述者，卽氏進院作觸診及聽取胎兒心音時，偶一觸及右腹下部，氏恆呼疼痛，然無腹肌痙攣之狀。骨盤之大小如常。心肺二臟，亦無病狀。小便中略含蛋白質。血壓：收縮期一百二十，舒張期九十四。子宮每間十至十五分鐘收縮一次，有時疼痛繼續不斷。厥後其痛益甚，右腹下部益著明。進院後，於夜十時三十分，再檢查時，見其呼吸速而淺，鼻翼比前益形緊張，舌有白苔，呼吸時不見腹壁移動。且此時腹壁已呈痙攣之狀，與前檢查時迥乎不同。觸診則腹之全部皆痛，至腹右髂窩時尤甚。胎兒心音每分鐘約一百四十至，母體脈搏增至九十，體溫三七·六，白血球 134,00 多形核白血球約百分之八十四至九十。審其情形確似急性闌尾炎，兼普遍性腹膜炎併發於分娩初期。小便中既無膿細胞，自非急性腎盂炎。且胎兒之心音清晰如恆，自非胎盤分離過早。遂得氏家屬許可施行手術，時已午夜。腹膜剖開，卽有稀釋之灰黃色膿液少許出現，此膿由闌尾處流來，因子宮甚大，故先行開腹產術，將胎兒胎盤及羊膜取出。子宮之切口用絲製羊腸線縫合，後用紗布一方蘸以1%派色質(Mercurchrome)掩護子宮之傷口，以防傳染細菌。後將已潰爛之闌尾尋獲，始知盲腸與迴腸末段均發炎，且互相粘連，闌尾之近底部已穿孔，盲腸之內側已潰爛，中間膜之血管形成血栓。闌尾截去後，其殘株推入盲腸之內，復於右髂窩之腹壁穿一洞，放一排液物，將排液物一端插入子宮膀胱間之陷凹，他端自恥骨上切開處，通出腹壁之外。

病者於施手術後之數日內，熱度甚高，膿液排出亦多。第九日行輸血一次，病勢始漸轉佳。至第二十七日安然出院。其後愈三

月再回院,行子宮輸卵管 X 光檢驗 (Hysterosalpingography) 得知子宮之輸卵管均如常狀。

膿內培得大腸桿菌。

參 考 書

- Davis, E. P. *Complications of Pregnancy*, New York and London.
- DeLee, J. B. *Principles and practice of Obst.* Philadelphia and London, 1928, 5th. ed.
- Donahue. *Acute Appendicitis Complicating Labour and the Puerperium.* *Surg. Gyn. & Obst.*, 1927, 45, 623.
- Findley, P. J. *Appendicitis Complicating Pregnancy.* *J. A. Med. A.*, 1912, 59, 612.
- Hancock, *J. B. Deaver's Acute Appendicitis. Its Diagnosis and Treatment.* Philadelphia Blakiston, 1914, 4th. ed.
- King, G. *A Case of Acute Appendicitis Complicating Labor.* *Chin. Med. J.* 1931, 45, 207.
- McDonald, A. L. *Appendicitis in Pregnancy.* *Am. J. Obst.*, 1929, 28, 110.
- Pels, Laurden. Coded by DeLee. *Principle and Practice of Obst.* Philadelphia and London, 1928, 5th ed., p. 536.
- Wilson, R. A. *Acute Appendicitis Complicating Pregnancy, Labor and the Puerperium.* *Surg. Gyn. & Obst.*, 1927, 45, 620.

