

编者按

妇科急腹症是指女性因生殖器官突发性病损引发的急性腹痛,是妇科急诊中极为常见的急症类型,其临床表现多样且复杂,病情发展迅速,部分病例甚至可能在短时间内危及患者生命。因此,对妇科急腹症的早期识别不仅具有挑战性,更显得尤为重要。准确的诊断和及时的治疗能够显著改善妇科急腹症患者的预后,避免严重并发症的发生。作为妇科医生,应深入掌握妇科急腹症常见病因的相关知识,严格遵循规范化的诊疗流程,细致开展体格检查,并结合影像学、实验室检查等辅助手段进行综合评估,力求实现早期发现、精准诊断与及时治疗,从而全面提升妇科急腹症的临床诊治水平。本期专题将立足妇科急腹症的学科前沿,重点讨论妇科急腹症的诊治进展,分享国内外知名专家学者的临床诊治经验,聚焦该病的诊疗热点及难点。通过本期专题,希望进一步提高广大医务工作者对于妇科急腹症的深刻认知,做到早发现、早干预、早治疗,推动该领域的研究与发展,提升对妇科急腹症的规范化和精准化诊治。

妇科急腹症诊治的思考

狄文,胡媛

上海交通大学医学院附属仁济医院妇产科,上海 200011

【摘要】 妇科急腹症通常有明确的病因,某些病因导致的急腹症病情发展快,诊治不当可危及患者生命。早期识别妇科急腹症,预警病情的严重程度,针对病因给予妥善且及时的治疗,对促进妇女健康有着重要的意义。

【关键词】 妇科急腹症,诊断,治疗

【中图分类号】 R711.4

【文献标志码】 A

【文章编号】 1672-6170(2025)03-0001-05

Thinking about the diagnosis and treatment of gynecological acute abdomen DI Wen, HU Yuan
Department of Obstetrics and Gynecology, Renji Hospital, School of Medicine, Shanghai Jiao Tong University, Shanghai 200011, China

【Abstract】 Gynecological acute abdomen usually has a clear cause. Acute abdomen caused by certain causes progresses rapidly. Improper diagnosis and treatment can endanger the patient's life. Early identification of gynecological acute abdomen, early warning of the severity of the disease and proper and timely treatment of the cause are of great significance to promoting women's health.

【Key words】 Gynecological acute abdomen; Diagnosis; Treatment

急腹症是以急性腹痛为主要临床表现的一系列疾病的总称,病因复杂,涉及内外科、妇科等多学科疾病。妇科急腹症是女性生殖器官突然发生的病损而产生的腹部疼痛。我们在谈到急腹症或妇科急腹症时,总是首先想到“腹痛”,实际上“急腹症”用的是“症”而非“痛”,是一个更广泛的术语,不止单一的腹痛,指代的是一组急性病理过程和症状,强调的是临床急症和需要紧急干预的状态。妇科急腹症通常有明确的病因,如异位妊娠破裂、卵巢黄体破裂等,某些病因导致的妇科急腹症起病急骤,进展快,诊治不当可危及患者生命。妇科医生

应加强对妇科急腹症常见病因的认知,认真进行体格检查,综合辅助检查的结果,争取做到早发现、早诊断、早治疗,提高妇科急腹症的临床诊治质量。

1 病因

妇科急腹症常见的病因主要包括妊娠因素、炎症因素、肿瘤因素、生殖道畸形因素、特发因素、手术因素等方面。

1.1 与妊娠相关的妇科急腹症 主要包括异位妊娠、先兆流产,它们的共同特点是血/尿人绒毛膜促性腺激素(human chorionic gonadotropin, HCG)阳性,这是与其他原因引起的妇科急腹症最大的区别,也是接诊急腹症患者尤其育龄期患者应首先需要想到的因素。

受精卵在子宫腔以外的部位着床被称为异位妊娠,在早期妊娠妇女中的发生率约为2%,却是早期妊娠孕产妇死亡的首要原因(约占75%),占全球孕产妇死亡的8%^[1,2]。95%的异位妊娠发生在输卵管,5%发生在卵巢、腹腔、宫颈、阔韧带及剖宫产

【基金项目】上海市科学技术委员会基金资助项目(编号:23JC1403000)

【作者简介】狄文,男,博士,主任医师,教授,博士生导师。中华医学会妇产科学分会副主任委员,中国医师协会妇产科医师分会会长,上海市母婴安全专家委员会主任委员,上海市医师协会妇产科医师分会会长。主要研究方向:妇科恶性肿瘤、妊娠合并免疫系统疾病的综合诊治。

瘢痕部位等。此外,输卵管间质部位的妊娠需要引起重视,临床上较少见,且初期无明显症状、体征,具有隐蔽性,一旦破裂犹如子宫破裂,短时间内患者即可陷入失血性休克状态,进展迅速,病情凶险,需要格外引起重视。

异位妊娠的高危因素包括:输卵管炎症、既往异位妊娠史或手术史、输卵管发育不良或功能异常、避孕失败等。近年来,随着辅助生殖技术的应用、高龄孕妇的增多,由此引发的异位妊娠比例随之增加。随着剖宫产率的增加,剖宫产瘢痕部位妊娠率也相应增多。此外,仍有 33%~50% 的异位妊娠患者没有明确的高危因素。鉴于异位妊娠的临床表现和体征往往缺乏特异性,动态监测血 HCG 及经阴道超声是早期识别异位妊娠的重要手段。随着早期识别意识的提高及检测手段的普及,异位妊娠得到更早的诊断和处理,近 30 年全球异位妊娠的死亡率总体呈下降趋势^[3]。

自然流产通常表现为停经后阴道流血和阵发性下腹痛,是较为常见的妇科急腹症。根据流产发展的不同阶段,从先兆流产、难免流产、不全流产,到完全流产,腹痛及阴道出血都是主要临床表现。

1.2 与炎症相关的妇科急腹症 女性上生殖道感染即盆腔炎性疾病 (pelvic inflammatory disease, PID) 是妇科急腹症最经典的病因,主要包括子宫内膜炎、输卵管炎、输卵管卵巢脓肿、盆腔腹膜炎,其中以输卵管炎及输卵管卵巢脓肿最为多见,多发生在性活跃的生育期女性。沙眼衣原体和淋病奈瑟菌是 PID 常见的病因,主要症状除了腹痛,可能还伴有发热,诊断需明确、迅速,尽快给予抗炎治疗控制炎症进展。未经治疗或治疗不规范的 PID 可导致慢性盆腔疼痛、不孕症、异位妊娠等^[4]。

1.3 与肿瘤相关的妇科急腹症 子宫肌瘤、卵巢肿瘤均可诱发妇科急腹症。浆膜下子宫肌瘤蒂扭转、黏膜下肌瘤由宫腔向外排出时均可引起急性腹痛,通常发生在体位改变、剧烈活动后,可能需要通过外科手术干预^[5]。妊娠期还可发生子宫肌瘤的红色样变,出现急性下腹痛、发热及肿瘤局部压痛,通常保守治疗可缓解症状。约 10% 的卵巢肿瘤可发生蒂扭转,好发于瘤蒂较长、活动度良好、中等大小且偏于一侧的肿瘤,如成熟性畸胎瘤,通常有诱发因素如体位突然改变等,发生急性扭转后,可发生卵巢的缺血坏死,一经确诊应尽快手术。约 3% 的卵巢囊肿可发生破裂引起急腹症,诱发因素如腹部受重击、性生活等。卵巢肿瘤的破裂也是妇科急诊手术的指征。

1.4 与子宫内膜异位症 (简称内异症) 相关的妇科

急腹症 内异症是造成女性慢性盆腔痛的主要原因。卵巢型内异症俗称巧克力囊肿,囊肿周期性出血,囊壁压力增大,可造成囊壁破裂,囊内容物刺激腹膜造成急腹症,多发生在月经期前后,通常需要手术干预^[6]。此外,内异症引起的痛经也是常见的急腹症。

1.5 与生殖道畸形相关的妇科急腹症 生殖道畸形引起的急腹症往往发病年龄最早,生殖道畸形导致经血不能排出,造成梗阻,引起急性腹痛。常见于处女膜闭锁、阴道横膈、阴道斜膈、阴道闭锁、宫颈闭锁等。此外,生殖道畸形患者由于经血外流受阻,积聚在阴道或宫腔,增加了经血逆流及子宫内膜盆腔种植的机会,最终导致内异症及盆腔痛的发生^[7]。

1.6 卵巢黄体破裂 是常见的妇科急腹症之一,黄体是卵巢排卵后形成的正常生理结构,血管丰富,若卵巢黄体破裂,则可导致腹腔内出血,引起急性盆腔痛。多有诱因例如性交、剧烈运动或创伤^[8]。腹腔内出血较少者,多可通过保守治疗获得痊愈,而腹腔内出血多者可导致晕厥、失血性休克,危及生命,临床上需加以识别,以避免贻误抢救时机或不必要的过度干预。

1.7 与手术相关的妇科急腹症 妇科手术后出现急腹症,除了伤口疼痛本身,还需要提防手术并发症引起的疼痛,例如血管损伤或止血不彻底引起的腹腔内出血,肠管损伤导致消化道瘘、急性腹膜炎,膀胱输尿管损伤引起尿瘘,肠道粘连导致肠梗阻,手术切口并发症有切口疝、切口裂开、感染,均可导致妇科急腹症。

2 病史采集及体格检查

病史采集和体格检查对于妇科急腹症的病情评估及早期诊断至关重要。在接诊急腹症患者时,我们应充分掌握患者腹痛的性质和特点,深入挖掘伴随症状,重视患者的生命体征及体格检查。

2.1 病史采集 患者多以急性下腹痛为主诉,应对疼痛的部位和特点、伴随症状进行详细的询问:①起病缓急:反复下腹隐痛后突发一侧撕裂样疼痛者要考虑输卵管妊娠可能,起病急骤者要考虑卵巢囊肿蒂扭转或破裂、子宫浆膜下肌瘤蒂扭转、卵巢黄体破裂,起病缓慢且逐渐加重者要考虑盆腔炎性疾病;②疼痛部位:下腹正中痛考虑子宫因素,一侧下腹痛应考虑附件病变,全腹疼痛要考虑输卵管妊娠破裂、卵巢囊肿/黄体破裂及盆腔腹膜炎等;③疼痛性质:撕裂样锐痛多因输卵管妊娠、卵巢囊肿/黄体破裂引起,持续性钝痛多由盆腔炎症引起,阵发性腹痛多由先兆流产子宫收缩所致;④放射部位:腹

痛向肩部放射应考虑腹腔内出血,向腰骶部放射应考虑子宫病变;⑤伴随症状:如恶心、呕吐、腹泻、头晕眼花、晕厥、尿频、尿急、尿痛、胸背痛等。伴停经者,应考虑妊娠相关急腹症;伴恶心呕吐者,应考虑卵巢囊肿蒂扭转/破裂、输卵管破裂;伴休克症状者,应考虑腹腔内出血;伴发热畏寒者,应考虑盆腔炎症性疾病;伴肛门坠胀者,应考虑盆腔积液所致;⑥诱发因素:由性交、剧烈活动、体位改变引起者,应考虑卵巢黄体/囊肿破裂、卵巢囊肿蒂扭转、子宫浆膜下肌瘤蒂扭转,在月经期前后发生者,应考虑巧克力囊肿破裂。此外,还应仔细询问患者的月经史、生育史、既往史等。病史采集不仅是医生接诊急腹症患者的第一步,更是建立良好医患沟通的重要时机,对待患者要有足够的耐心,注意沟通技巧,尤其是女性患者,应注意保护患者的隐私。

2.2 体格检查 急腹症患者应首先测量生命体征,包括体温、脉搏、呼吸、及血压,检查患者的神志、精神状态、皮肤色泽等,腹腔内出血较多时,患者可有贫血貌、甚至面色苍白、脉搏细弱、血压下降等休克表现。腹部检查可有患侧下腹压痛,出血较多者,腹部叩诊移动性浊音阳性。双合诊是妇科检查中最重要的一环,可出现子宫颈举痛及摇摆痛阳性,子宫或患侧附件区压痛明显,附件区触及肿块等。未婚女性可行肛门检查。

3 辅助检查

3.1 血清 HCG 有性生活史的育龄期女性出现腹痛或阴道出血,无论是否有避孕措施均应进行血/尿 HCG 测定,对是否妊娠加以筛查。单一的血清 HCG 测定无法判断妊娠部位,应结合患者超声检查、病史协助诊断异位妊娠。当血清 HCG 浓度超过 1500 IU/L 而阴道超声未见宫内孕囊,且子宫内膜厚度小于 10 mm 时,可作为预测异位妊娠的指标,对异位妊娠具有较高的诊断价值^[9]。此外,还需监测血清 HCG 的变化趋势,若 HCG 下降提示妊娠流产,需随访血 HCG 至非孕水平,需要警惕的是,可疑异位妊娠者在 HCG 下降过程中也有可能发生异位妊娠破裂。

3.2 妇科超声 经腹和经阴道超声科提供子宫、卵巢及其相关解剖的动态成像,多普勒超声可以实时评估血流情况,简单快捷,无辐射,是诊断妇科急腹症的首选检查方法,但依赖于检查者的临床经验和操作水平。当超声提示附件区可见含卵黄囊/胚芽的宫外孕囊,即可明确诊断异位妊娠。当患者妊娠试验阳性、超声提示附件区有低回声肿块且宫内未见妊娠囊时应高度怀疑异位妊娠。输卵管积脓时超声表现为输卵管增粗、呈长形、管道状弯曲的囊

性肿块,囊内可见不均质低回声或云雾状回声。超声对于诊断子宫肌瘤具有较高的敏感性和特异性,可以明确肌瘤的大小、位置与子宫内膜及肌壁的关系。卵巢重度水肿增大、附件区包块、蒂部“漩涡征”、卵巢血流信号减少或消失是诊断卵巢囊肿蒂扭转的高度特异性超声征象。超声在卵巢黄体破裂的诊断中也起着重要作用,黄体的超声图像是圆形或类圆形的肿物,壁厚且有丰富血流信号。此外,黄体破裂、异位妊娠破裂、卵巢囊肿破裂均可表现为子宫直肠陷凹的液性暗区。

3.3 盆腔 CT 尽管妇科超声是诊断妇科急腹症的首选影像学检查,但当诊断不明确时 CT 可有助于明确诊断。卵巢黄体破裂引起的急性腹腔内出血 CT 可表现为腹腔内高衰减的游离液体^[10]。盆腔脓肿的 CT 表现为单房或多房的厚壁囊性或囊实性肿块,内壁多较规则或光整,增强 CT 脓肿内部分隔及实性成分明显强化,囊性部分无强化^[11]。而对比增强差、薄边缘增强、暗扇形征象对诊断子宫浆膜下肌瘤扭转有一定的价值^[12]。

此外,CT 对于消化道、泌尿系统急腹症例如胃肠道穿孔、肠梗阻、急性阑尾炎、胆结石、急性胰腺炎、泌尿系结石等诊断价值较高,可用于与妇科手术相关急腹症的诊断以及妇科急腹症的鉴别诊断。

3.4 盆腔 MRI 超声和 CT 不能明确诊断的妇科急腹症,可以考虑 MRI 检查。卵巢囊肿扭转时因组织水肿,卵巢皮质的卵泡多表现为珍珠串征,髓质在 T2 加权像上表现为高信号,扭转的蒂部呈现漩涡状不均匀结构,T2 信号增强,从子宫角延伸至卵巢^[10]。若子宫内膜异位囊肿破裂,囊肿周围可能会出现囊肿液渗漏,表现为囊肿周围的高强度液体^[13]。对于可疑阴道近端闭锁、阴道横膈、宫颈闭锁等生殖道畸形者,推荐行盆腔 MRI,更有利于鉴别子宫内膜、宫颈、近端阴道是否存在及确定积血位置^[14]。MRI 对于盆腔炎性疾病尤其盆腔脓肿也有一定的诊断价值。

3.5 后穹窿穿刺 是诊断腹腔内出血、判断盆腔积液性质的简单可靠的方法,直肠子宫陷凹是盆腹腔最低处,可经阴道后穹窿穿刺抽出此处的积液或积血,若抽出暗红色不凝血则表明有腹腔积血;若抽出咖啡色样液体要考虑内异症囊肿破裂;若抽出清亮液体,可考虑卵巢囊肿破裂或生理性积液;若抽出脓性物要考虑炎症,可将抽出物送检病原微生物,根据结果指导抗生素的使用。

3.6 其他血检 妇科急腹症导致腹腔内出血者可出现血红蛋白下降,甚至凝血功能异常。凝血功能评估包括血小板计数、凝血酶原时间、活化部分凝

血活酶时间及纤维蛋白原水平等。血常规、C 反应蛋白、降钙素原、白介素-6 的检测有助于鉴别疼痛是否由感染因素引起。淀粉酶、脂肪酶的检测有助于排除急性胰腺炎的诊断,肝肾功、血气分析、凝血、尿常规等也有重要的鉴别诊断价值。肿瘤标记物尤其是 CA125 水平升高对于内异症囊肿破裂引起的妇科急腹症具有一定的诊断意义。

4 诊断与鉴别诊断

依据患者的症状、体征及辅助检查可进行诊断,关键还是要明确妇科急腹症的病因。我们在接诊急腹症患者时,作为妇科医生出于专业角度可能首先会考虑妇科来源的急腹症。实际上,患者的急腹症很可能源于妇科疾病以外,这就需要我们不仅要掌握妇科急腹症的诊治,更要学会鉴别由其他内外科疾病引起的急腹症。

常见的由内外科疾病引起的急腹症病因主要包括以下方面:①消化系统:急性阑尾炎、急性胆囊炎/胆石症、急性胰腺炎、消化性溃疡、胃肠道穿孔、肠梗阻、肠套叠等;②泌尿系统:输尿管结石、急性膀胱炎、急性肾盂肾炎;③血管性疾病:腹主动脉瘤、主动脉夹层破裂、肠系膜动脉栓塞、非阻塞性肠系膜缺血等^[15]。值得注意的是,近年来因血管性疾病导致的急腹症较前增多,以前的所谓“不常见”变得“较为常见”,我们在临床工作中不能忽视。

内外科疾病引起的急腹症多可通过超声、CT 结合血液检查加以鉴别和排除,若怀疑非梗阻性肠系膜缺血与动脉性腹腔出血造成的急腹症,需行急诊血管造影加以排除。对于妇科医生来讲,及时启动多学科会诊对于患者的病情评估、及早明确病因、及早诊治显得尤为重要。

5 治疗

妇科急腹症的初始治疗与病情评估密切相关,对于危及生命的急腹症要紧急对症处理,例如在接诊腹腔内出血、失血性休克患者,应及时呼叫上级医生,立即启动多学科会诊抢救,监测患者生命体征,尽早开放静脉通路,快速补液稳定循环,及时补充血容量,血压低时应用升压药物,改善重要脏器功能,及时纠正酸中毒,维持内环境稳定。

对于病情尚稳定的妇科急腹症患者,应尽快明确病因,进而采取相应的治疗措施。①先兆流产者建议适当休息,禁性生活,难免流产者应尽早使胚胎完全排出,不全流产者应尽快行刮宫术,清楚宫腔残留组织,完全流产者无需特殊处理。②疑似输卵管妊娠者,若生命体征不稳定,输卵管妊娠破裂腹腔内出血者,或血 HCG>3000 IU/L,或持续升高、有胎心搏动者,建议手术治疗,一般采用腹腔镜输

卵管切除术或腹腔镜输卵管切开取胚术。若生命体征平稳,低血 HCG 水平(<1500 IU/L),无明显腹腔内出血征象者,输卵管包块直径<4 cm 且可密切随访者,可用药物治疗,常用的是甲氨蝶呤。若血 HCG 呈下降趋势者可行期待治疗^[9]。③对于性活跃的年轻女性或有性传播感染风险的女性,有不明原因的下腹部、盆腔疼痛、宫颈举痛、子宫或附件压痛者,排除其他内外科急腹症,建议尽早开展经验性抗炎治疗。④子宫浆膜下肌瘤扭转、卵巢囊肿破裂/蒂扭转、内异症囊肿破裂者,一旦确诊或高度怀疑,建议急诊手术干预。尤其是卵巢囊肿蒂扭转,早期手术干预是保护卵巢功能和生育力的最佳策略^[16]。⑤生殖道梗阻导致的妇科急腹症,处理原则是解除梗阻、恢复解剖、保持下生殖道通畅。⑥卵巢黄体破裂者出血多可自止,出血较少且生命体征平稳者可采取保守治疗,需密切监测血红蛋白及超声的变化^[17]。⑦与手术相关的妇科急腹症应对症处理,重点是术中熟悉盆腹腔解剖结构,熟练掌握手术操作技术,减少手术相关并发症。

对于妇科急腹症的诊治我们总是强调要及早识别、及早干预,但也常常会忽视患者急诊治疗后的随访和必要干预,比如不全流产、完全流产、异位妊娠患者均需随访血 HCG 至未孕水平。对于卵巢黄体破裂者,可对其进行恢复期生活方式的指导,密切随访 B 超等。对于异位妊娠患者,可以结合既往病史或术中情况,深入探讨导致其异位妊娠的原因,并在此基础上对于有生育需求者进行生育指导,对无生育需求者进行避孕指导,所谓“急症先稳,疑点再查”。

6 小结

妇科急腹症是妇科急诊常见的急症,某些急腹症病情发展快,严重者可危及生命,故妇科急腹症的早期识别具有挑战性和重要意义。应对妇科急腹症的常见病因有深刻的认知,注意与内外科急腹症的鉴别,病史询问应仔细、掌握问诊技巧,查体应全面细致,结合辅助检查的结果,争取做到早发现、早诊断、早治疗,避免贻误治疗,同时也应重视急诊处理后的随访和必要干预。

【参考文献】

- [1] Tonick S, Conageski C. Ectopic pregnancy[J]. Obstet Gynecol Clin North Am, 2022, 49: 537-549.
- [2] Chong KY, de Waard L, Oza M, et al. Ectopic pregnancy[J]. Nat Rev Dis Primers, 2024, 10: 94.
- [3] Bo W, Qianyu Z, Mo L. Global, regional, and national burden of ectopic pregnancy: a 30-year observational database study[J]. Int J Clin Pract, 2023, 2023: 3927337.

- [4] Curry A, Williams T, Penny ML. Pelvic inflammatory disease: diagnosis, management, and prevention[J]. Am Fam Physician, 2019,100: 357-364.
- [5] Khaoula M, Slama F, Dhaoui S, et al. Uterine leiomyoma torsion; a rare cause of acute abdominal pain[J]. Int J Surg Case Rep,2024, 122: 109788.
- [6] Gruber TM, Mechsner S. Pathogenesis of endometriosis: the origin of pain and subfertility[J]. Cells,2021,10(6):1381.
- [7] 王芬, 曹云霞. 女性生殖道畸形与子宫内膜异位症[J]. 中国妇幼保健研究,2007,18(4):328-330.
- [8] Pulappadi VP, Manchanda S, Sk P, et al. Identifying corpus luteum rupture as the culprit for haemoperitoneum[J]. Br J Radiol, 2021,94: 20200383.
- [9] 王玉东, 陆琦. 输卵管妊娠诊治的中国专家共识[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2019,35(7): 780-787.
- [10] Dawood MT, Naik M, Bharwani N, et al. Adnexal torsion: review of radiologic appearances[J]. Radiographics,2021,41: 609-624.
- [11] Chen Y, Liu M, Zhang M, et al. Ultrasonographic scoring system for the diagnosis of adnexal torsion[J]. J Clin Ultrasound,2022,50: 525-531.
- [12] Ohgiya Y, Seino N, Miyamoto S, et al. CT features for diagnosing acute torsion of uterine subserosal leiomyoma[J]. Jpn J Radiol, 2018,36: 209-214.
- [13] Iraha Y, Okada M, Iraha R, et al. CT and MR imaging of gynecologic emergencies[J]. Radiographics,2017,37: 1569-1586.
- [14] Saleem SN. MR imaging diagnosis of uterovaginal anomalies: current state of the art[J]. Radiographics,2003,23: e13.
- [15] Mayumi T, Yoshida M, Tazuma S, et al. The practice guidelines for primary care of acute abdomen 2015[J]. Jpn J Radiol,2016, 34: 80-115.
- [16] 王玉东, 王建东, 刘淑娟, 等. 附件扭转诊治中国专家共识(2024 年版)[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2024,40(8): 826-831.
- [17] 杨东, 白文佩. 卵巢黄体破裂诊治中国专家共识(2024 年版)[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2024,40(5): 535-540.
- (收稿日期:2025-03-25;修回日期:2025-03-27)
(本文编辑:彭 羽)

《实用医院临床杂志》征订启事

《实用医院临床杂志》由四川省医学科学院·四川省人民医院主办,2004 年正式公开发行人,中国标准连续出版物号:CN51-1669/R,ISSN 1672-6170。双月刊。自 2005 年以来,连续 20 年被评为《CAJ-CD 规范》执行优秀期刊;自 2008 年以来,连续 17 年入选《中国科技期刊引证报告(核心版)》;2014 年成为国家新闻出版广电总局第一批认定的学术期刊。《实用医院临床杂志》为中国科技论文统计源期刊(中国科技核心期刊),2024 年版《中国科技期刊引证报告(扩刊版)》影响因子 2.837,在我国 57 种临床医学综合期刊中排名第 8 位。2024 年入选四川省科协“一流科技期刊”培育示范项目,以及西部科技期刊发展论坛第四届“西牛计划”之优秀中文科技期刊和优秀创新平台。

本刊以每期进行专题讨论为特色,主要栏目有专题讨论、专家论坛、基础研究、临床研究与实践、综述等。围绕医学领域内的热点、难点问题进行讨论,介绍各专业领域新理论、新观念、新知识、新技术、新名词,充分体现了临床实用性和多学科综合性的特点,对各级医务人员的临床实践具有较好的指导作用。希望广大读者一如既往的关心和支持本刊,积极订阅。

本刊为双月刊,大 16 开本,180 页,每册 20.00 元,全年 120 元,全国各地邮局均可订阅(邮发代号:62-261)。地址:四川省成都市一环路西二段 32 号四川省医学科学院·四川省人民医院内《实用医院临床杂志》编辑部,邮编:610072。

官网:<http://syylczz.scsyxxx.com>;8907。电话:028-87394696,87394697,87714683。

Email:syylc@vip.sina.com。

本刊编辑部