维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1996 年第 5 卷第 2 期总第 18 期

手术及综合治疗十二指肠溃疡穿孔 44 例临床效果观察与分析

新疆奎屯前山医院外科　魏安民　石大荣

（新疆奎屯，邮政编码 833207）

我院外科从 1985 年 1 月至 1994 年 10 月，共收治手术中诊断明确的十二指肠溃疡穿孔病人 44 例，治疗措施应用术中溃疡面穿孔修补，术后应用清除幽门螺杆菌，保护胃肠粘膜，促进溃疡愈合药物治疗和合理饮食等综合治疗，治疗效果满意现报告如下。

一、临床资料：①44 例均为男性，最大年龄 68 岁，最小年龄 22 岁，平均 33 岁。②突然发病到入院治疗时间最长 27 小时，最短时间 4 小时，平均 12 小时。③术中直视下用手触摸溃疡面大小，以直视下测量为准，2.5cm～3.5cm，大小 36 例，大于 3.5cm，小于 4.5cm8 例，溃疡面穿孔以直视下测量为准，小于 0.5cm32 例，大于 0.5cm，小于 0.8cm9 例，大于 0.8cm，小于 1cm3 例。④44 例中十二指肠前壁溃疡穿孔 40 例、侧壁穿孔 3 例及后壁穿孔 1 例。

二、手术治疗措施：全部病例均在急诊下行剖腹探查术中明确诊断后制定治疗方案，①吸净腹腔内漏出物，不论溃疡面的大小及穿孔口的大小，手术一律采用常规修补术。②常规冲洗腹腔后放置庆大梅素针剂 24 万 u。③术后应用青梅素 400 万 u、5%GS250ml、灭滴灵 250ml，1 次/12 小时静滴，甲氰咪呱 0.8g，0.9%NS500ml，2 次/日静滴，术后 3 天停用青梅素，改用氟呱酸 0.2g1/6 小时口服，上药连用 10 天，停上述药物，给于法莫替丁 20mg 者口服，连用 3 个月。④术后应定时定量，少量多餐，营养丰富，易于消化的食物以促进溃疡愈合。

三、效果观察：①44 例病人均于术后 7 天拆线，无一例发生切口感染。②住院天数最长 15 天，最短 10 天，平均 12 天。③术后分别在 30 天、60 天、90 天进行 X 线钡餐透视检查或胃镜检查，术后一个月溃疡面愈合消失者 28 例，占 64%，术后 2 个月溃疡面愈合消失者 15 例，占 34%，术后 3 个月溃疡面愈合消失者 1 例，占 2%。④跟踪随访，定期复查 1 至 10 年，44 例中，未见复发病例，治愈率为 100%。

五、讨论：十二指肠溃疡是消化道溃疡的常见病及多发病，近些年来随着医疗条件的改善，人民生活水平的不断提高，十二指肠溃疡发病率有逐年下降趋势，但是在广大边远地区和农村，由于受医疗条件的限制和环境条件的影响，该病仍不能得到正确诊断和正规治疗，44 例中经询问病史，术前均无明确诊断及未正规治疗。

十二指肠溃疡的发病原因十分复杂[1]，目前尚有许多方面不十分理解。但大量临床经验和实验研究说明，溃疡的形成与胃酸分泌有密切关系，胃液酸度过高，激活胃蛋白酶，使十二指肠粘膜自家消化可能是溃疡的形成主要原因，近年来发现，十二指肠溃疡的形成和复发与幽门螺杆菌有关，幽门螺杆菌[2]为革兰氏阴性菌，呈螺旋状，为微氧菌，能产生大量高活力的尿素酶，定居于胃、十二指肠粘膜的粘液层之下，上皮细胞表面，借助鞭毛在高稠度的粘液中活动，能使上皮细胞表面的微绒毛明显减少和消失，细胞间紧密连接间隙增宽，偶可侵入上皮细胞内，螺旋菌产生的尿素酶分解

作史，且腹部压痛点要低于急性阑尾炎。多为双侧性，不很固定，扪及脓肿的包块也较阑尾脓肿的包块的位置要低，全身中毒症状较重，体温较高，阴道有脓性分泌物，后穹窿有触痛。本组 3 例误诊的原因是没有重视腹痛的特点及流产引产病史，对症状体征缺乏仔细的了解和分析。

总之，外科医生面临女性急腹症时，要仔细收集和分析病史、月经史及临床表现等资料，同时进行必要的妇科检查、辅助检查及超声检查对进一步确诊也具有不可忽视的价值。

参 考 文 献

1. 郑扶民，等．妇女腹腔内大出血疾病的诊断与鉴别诊断．中国实用外科杂志 1993；8(13)：452.
2. 燕山，等．B 型超声在腹部肿块诊断中的价值．实用外科杂志 1985；5(5)：227.

（本文承蒙叶光华教授指导，在此一并致谢）

（收稿日期：1996－02－29）

维普资讯 http://www.cqvip.com

尿素产氨围绕菌体，形成保护性"氨云"阻止氢离子向胃腔和十二指肠腔内弥散，促进氢离子逆弥散，利用尿素酶试验，可揭示胃内幽门螺杆菌的存在。另外螺杆菌能产生细胞外蛋白酶，能裂解粘蛋的聚合结构，螺杆菌的阳性患者，可发现胃粘膜和十二指肠粘膜表面有 3 种免疫球蛋白的存在。基于上述原因为了治愈溃疡和防止溃疡复发，在治疗上必须从发病原因和溃疡的形成的机理上制定治疗方案。过去我们常用胃部分切除术、胃迷走神经切断术治疗胃、十二指肠溃疡，但由于手术复杂，术后并发症多，且由于部分患者病情危重或老年人合并症多而不能耐受复杂手术，由于上述原因和鉴于十二指肠溃疡和胃溃疡的生理、病理发展趋势不同，我们制定了手术操作简单易行，手术时间短，手术危险性小，病人经济负担少的溃疡面穿孔修补术，术后应用 H_2 受体拮抗剂甲氰咪呱和法莫替丁以降低胃酸酸度，促进溃疡面愈合和消失，为于防溃疡的复发，应用法莫潜丁、灭滴灵、氟呱酸以巩固疗效和清除幽门螺杆菌，防止复发，

通过本组病例的治疗和观察，十二指肠溃疡病只要坚持正规治疗，是完全可以治愈和杜绝复发的。

参 考 文 献

1. 黄家驷，吴阶平主编．外科学，第 1 版 北京：人民卫生出版社 1984：553～554.
2. 吴钟琪主编．医学三基训练，医师分册，第 1 版，湖南科学技术出版社 1994：337.
3. 陈新谦，金有豫主编．新编药物学，第 13 版，北京：人民卫生出版社 1992：293～294.

（收稿日期：1995—08—25）

异位阑尾 手术中 阑尾炎

异位阑尾 19 例术中位置浅析

河北省承德市寿王坟铜矿医院 黄玉民 杨汝贵

（河北承德，邮政编码 067100）

我院自 1989～1994 年共手术治疗阑尾炎 239 例，其中异位阑尾 19 例，占 12.9%。本文就此 19 例探讨手术体会如下。

临床资料

一、一般资料：本组 19 例均为男性，年龄 19～40 岁，平均 28 岁。发病最短时间 5 小时，最长时间 8 天。急性阑尾炎 15 例，慢性阑尾炎 4 例。有转移性右下腹痛者 12 例，占 63%；伴腰痛者 10 例，占 53%；伴尿改变者 8 例，占 42%。19 例患者均有消化道症状恶心和/或呕吐。术前检查均有右下腹深压痛，痛点不仅局限于麦氏点。腹膜刺激征不明显，右腰部压、叩痛阳性者 8 例，腰大肌刺激征阳性者 10 例占 58%。

二、术中异位阑尾位置所见 膜膜后位 13 例，其中全腹膜后位者 6 例，部分腹膜后位者 7 例；肝下 3 例；盆腔 1 例；肝下高位且为腹膜后位者 2 例。

三、治疗结果 本组病例全部治愈，切口均一期愈合，右下腹痛消失，无腹膜后间隙感染及盲肠瘘等并发症发生。

讨 论

异位阑尾炎临床较少见，术前诊断有一定困难，往往在手术中寻找阑尾时才发现，对于经验不多的医师来说，由于不易找到阑尾，而认为是阑尾先天缺如，致使失治。

阑尾的部位大多在右下腹。但在结肠旋转和盲肠下降过程中，盲肠的最后位置有很多可能，所以阑尾在腹腔中的位置决定于盲肠的部位和活动度。在发育过程中，盲肠的部位可能异常。当盲肠下降不全时，阑尾可位于肝下或右上腹，当下降过长时，盲肠及阑尾位于盆腔内；结肠反方向旋转时，结肠可在左腹。盲肠后壁与壁层腹膜的关系也有不同，一般有三种情况：①盲肠后壁全部为腹膜遮盖，使盲肠游离活动；②盲肠后壁部分为腹膜遮盖，盲肠活动度小；③盲肠后壁无腹膜遮盖，全部固定于后腹壁。在这种情况下，阑尾也位于腹膜外，了解以上盲肠的生理发育及解剖，对异位阑尾炎的诊断和术中寻找阑尾有帮助。

据本组病例观察，异位阑尾炎除具有一般阑尾炎的特性外，术前有腰痛、尿改变、腰部压、叩痛