维普资讯 http://www.cqvip.com

14-15

局解手术学杂志 1996 年第 5 卷第 2 期总第 18 期

结肠癌合并急性阑尾炎的诊治手术教训

齐齐哈尔医学院一附院外科 乔宝成 孙玉琢 马晓鹏 许景伟 李兴江

（黑龙江齐齐哈尔，邮政编码 161041）

R735.35

[提要]本文介绍 6 例结肠癌合并急性阑尾炎的诊治教训。对结肠癌并发急性阑尾炎的病因机理、临床特点、漏诊或延迟诊断的原因进行了探讨。并提出了治疗对策。

[关键词]结肠癌；阑尾炎；诊断

起因于近端结肠癌和回盲部癌的急性阑尾炎，因多有较典型的阑尾炎病史，故术前诊断较困难，绝大部分病人被施行单纯阑尾切除术，而遗漏结肠癌，致使延误结肠癌的诊断和手术时间。作者近几年遇 6 例，术前无一例确诊为结肠癌，故报道如下，以期引起外科同道的注意，尽量减少乃至避免结肠癌的漏诊。

临床资料

6 例中男 3 例、女 3 例，年龄 35～60 岁，平均 46 岁。绝大多数患者有转移性右下腹痛病史。其中急性发作 4 例，慢性反复发作 2 例。阑尾切除术后经病理证实，单纯阑尾炎 3 例，化脓性阑尾炎 2 例，慢性阑尾炎 1 例。术中发现盲肠癌 1 例，经术中快速病检证实，改作右半结肠切除。1 例术中诊为盲肠炎性肿块，病检证实为盲肠癌。10 天后再次作右半结肠切除。其余 4 例分别于术后 2 周、2 月、3 月、6 个月因腹痛，粘液血便，腹部肿块、贫血，体重减轻等临床症状而再次就诊，经系统检查被确诊为结肠癌。其中盲肠癌 2 例，升结肠癌 1 例，结肠肝曲癌 1 例，均行右半结肠切除，术后病理全部为腺癌。

讨 论

近端结肠癌引起右下腹痛虽比阑尾炎少，但结肠肿瘤以急性阑尾炎的征候作为其最早的临床表现约占 6.6%，而右半结肠肿瘤更多。Mayo 报告 15% 右半结肠癌患者曾施行阑尾切除术，这就充分表明以急性阑尾炎为早期临床表现的结肠癌并非少见，应予以重视。

一、结肠癌引起急性阑尾炎的病因病理 目前对结肠癌引起急性阑尾炎的机制尚不十分清楚。综合国内外学者意见，其原因为：①紧靠阑尾基底部的盲肠癌生长时造成阑尾腔的机械性填塞。②盲肠癌直接浸润阑尾基底致使肠道梗阻。③肿块增长直接压迫导致阑尾淋巴或血流受阻。④肿瘤引起肠梗阻，使肠腔内压升高，从而影响阑尾的正常引流，而导致阑尾炎性反应。⑤肿瘤坏死合并感染时炎症的直接或间接扩散所致。⑥与肿瘤因素无关的阑尾腔梗阻。

二、临床特点 当盲肠癌并发阑尾炎时，病情急骤，临床上又常以后者的症状为主，有的甚至很典型，如转移性右下腹痛等。此时如病史中缺乏贫血，大便习惯、形状改变等症状时，临床上很少会想到盲肠癌的诊断，大多数病人被很快地施行阑尾切除术。即使在术中盲肠癌也常被漏诊。盲肠以远的结肠癌则更易漏诊。我院所见 6 例，术中仅发现 1 例，经快速病检证实。另 1 例误诊为炎性肿块后经病理证实。其余 4 例被漏诊。

术前如仔细触摸腹部，有时可摸到肿物而右下腹部肿物往往又诊断为阑尾周围脓肿。一般说来炎性肿块常同周围组织有较多粘连边界不清，而盲肠癌在未穿孔前常是不活动的肿物不与周围组织粘连。随着病情的进展，由于肿瘤表面易溃烂感染、坏死、出血，而右半结肠因血循环丰富，淋巴组织较多故其毒素较易吸收，于是临床上就可出现腹痛、腹胀、消瘦、贫血、发热、恶心呕吐等中毒症状，当肠梗阻症状出现时，往往在右下腹部可触及大小不等、表面不平、质硬、活动或不甚活动的包块，此时病变多属中晚期。

三、漏诊或延迟诊断的原因 ①由于病情急、术前病史采集不够仔细。②在疾病的早期，肿瘤的症状不明显，而急性阑尾炎的症状却非常典型，从客观上讲起了掩盖另一种疾病的作用，从主观上来说是由于术中满足于一种疾病的诊断而致漏诊。③当出现右下腹包块时，因一些患者有急性阑尾炎发作史，或 B 超检查肿块内有液平，则诊断为阑尾脓肿，而未行全面检查、仔细分析，而致漏诊。④缺乏对中青年人患肿瘤的警惕而出现漏诊。⑤常用的麦氏切口使显露和探查盲肠受到限制，而有些人往往又追求小切口根本无法探查。⑥当

维普资讯 http://www.cqvip.com

腹腔内有脓液或脓肿时由于担心感染的扩散而不敢作太多探查。⑦术中常不能很好地区别炎性肿块和癌性肿块，在无冰冻检查时，又不敢贸然行右半结肠切除术。

为了减少漏诊，我们认为：①对 40 岁以上的阑尾炎患者，应详细询问病史、常规行直肠指检、大便潜血试验，如若可疑，病情允许应行钡灌肠或纤维结肠镜检查。若不能除外占位或 B 超右下腹有包块或触诊疑有腹腔肿块，手术时采用右下腹直肌切口为宜，以便于显露和探查，需要时又可上下延长。术中即使有脓液和脓肿也不影响仔细探查。②对青年人症状不典型阑尾炎，或伴有慢性腹痛、腹胀、大便习惯改变者，需行有关的肠道检查。③对经长时间保守治疗、症状不能缓解的阑尾炎患者，在改行手术前，争取作有关肠道检查，术中要探查回盲部。④阑尾切除术中若发现阑尾病变与症状不相符，必须探查回盲部，甚至远端结肠。⑤术中发现回盲部肠壁增厚变硬而不能判定良恶性时需作快速冰冻切片检查。⑥阑尾术后若腹痛、腹胀依然存在且持续低热，而无法用感染解释者；或腹痛加剧，出现肠梗阻症状和体征而不能以肠粘连解释者；切口长期不愈、流脓或漏者；贫血持续加重，大便形状和排便习惯改变、持续血便者，应警惕结肠肿瘤的存在。我们遇 4 例阑尾术后仍腹痛，出现粘液血便、贫血而疑结肠肿瘤经进一步检查确诊，并再次手术治疗。

手 术 治 疗

对于诊断明确者，根据肿瘤生长的部位和扩散情况选用相应的术式一期切除。对于诊断可疑者应行术中快速冰冻切片检查。对于既不能确诊又无冰冻切片检查条件的病人，如术中高度怀疑肿瘤宁肯作右半结肠切除而不能留下有可疑癌肿的病变。因为大多数回盲部良恶性肿瘤对右半结肠切除都有较好的疗效。

由于本病误诊期长，故预后较差。因此提高对本病的诊断率甚为重要。在诸多影响因素中关键是临床医生在碰到年龄超过 40 岁的阑尾炎或阑尾脓肿病人时要想到同结肠癌回盲部肿瘤的鉴别。

参 考 文 献 略

（收稿日期：1995—11—15）

学术活动 《实用局部解剖学与手术学》一书正在编写

由河北医科大学李贵晨教授、贾平主任、任朝勤教授、梁国敬老师、李敬忠老师及张荣老师，会同杭州医学高等专科学校的田菊霞教授和卢洪煊老师、山东省菏泽医学高等专科学校的张德书教授，齐齐哈尔医学院梁俊岩教授，湖北省威宁医学院钱月楼老师和胡圣望老师，延安医学院韩振奎老师和朱文霞老师及上海职工医学院陈光忠教授等共同编写的《实用局部解剖学与手术学》一本编写工作已近尾声，争取在 1996 年度由上海科普出版社正式出版，以供全国之用。

本书在编辑出版工作中得到了河北医科大学期刊编辑部李彬之教授和石家庄长安学院院长王会安教授的大力支持，特以致谢。

有欲预订者请与河北医科大学杂志社李贵晨教授联系，地址：河北省石家庄市中山东路二段 223 号，邮政编码：050017，电话：0311－6044121 转 5616（办公室） 0311－505815（宅电）

·本刊编辑部·