维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1995 年第 4 卷第 4 期总第 16 期

腹腔清创术治疗重症弥漫性腹膜炎 57 例体会

河北省辛集市第一医院外科　郑　澄

（河北辛集，邮政编码 052360）

我科于 1988 年 4 月～1995 年 4 月，施行简化腹腔清创术辅助治疗重症弥漫性腹膜炎 57 例，效果满意，现报告如下：

一、一般资料：57 例中，男性 33 例，女性 24 例，年龄 12～71 岁，平均 39 岁，发病至手术时间 8 小时～7 天，伴有休克症状者 49 例，体温超过 39℃者 53 例，白细胞计数 2000×10^9/L 以上者 51 例，全部病例腹穿结果均阴性。其中化脓性坏疽性阑尾炎穿孔 14 例，胃、十二指肠溃疡（含胃癌）穿孔 25 例，胃扩张破裂 1 例，绞窄性肠梗阻伴肠坏死 11 例，外伤性肠破裂 5 例，坏疽性胆囊炎 1 例。全部均为弥漫性腹膜炎。随机取 1988 年前类似病例 50 例做对照分析。

二、手术方法：51 例病例均在纠正全身中毒症状后，入手术室前 2 小时，给予静脉滴入甲硝唑 0.5，庆大霉素 1/2 日用量，氨苄青霉素 4.0，选用硬膜外麻醉，根据可能病因选用相应手术切口，切口长度在 20cm 左右，选择相应手术方法处理原发病灶，见附表。然后仔细清理、吸除腹腔内积脓、坏死物及异物，最后行腹腔灌洗术，选用温热生理盐水反复冲洗，冲洗部位依次为病灶周围、双侧膈下、肠间隙及盆腔，边冲洗边用手在各间隙轻轻揉动，吸引，至腹腔冲洗液清亮为止，灌洗液用量在 5000～8000ml，灌洗时间最少 30 分钟，最后腹腔内放置甲硝唑 0.5 克与庆大霉素 1/2 日用量的混合液 200ml，除特殊病例需要外，一般不需放置腹腔引流，亦不需术后腹腔灌洗。对照组均采用对原发病灶适当处理、清除腹腔积脓、坏死物后未做腹腔冲洗，并常规放置腹腔引流治疗。

三、治疗结果：治疗组 2 例胃癌穿孔术后死于中毒性休克并发多器官功能衰竭，余全部治愈。术后并发症发生 6 例，4 例切口红肿引流后二期愈合，腹腔残余脓肿 1 例，肠粘连不全梗阻 1 例。总治愈率 96.49%并发症发生率 10.5%。对照组治愈 45 例，5 例术后死于中毒性休克并多器官功能衰竭，并发症发生 24 例，其中切口化脓 8 例，盆腔脓肿 4 例，肠粘连不全梗阻 12 例，治愈率 90%，并发症发生率 40.8%，在并发症发生情况，治疗组较对照组有显著疗效（$P<0.01$）

四、讨论：对于继发性弥漫性腹膜炎的手术治疗，传统观点主张处理原发病灶后尽量清除干净腹腔积液、异物及坏死物，除污染广泛且严重时做腹腔冲洗外，一般不做腹腔灌洗，术后放置引流，以预防膈下及盆腔脓肿形成。此方法术后腹部并发症较多见[1]。Huaspeth 于 1975 年首次倡用“根治性腹腔清创术”，其连续处理 92 例晚期弥漫性腹膜炎病人，无死亡或再次手术，效果满意，术后并发症明显减少[2]。由于该方法需对胃肠道顺序清创，手术操作较繁琐，一般需 2～3 小时完成，对于年老体弱及病情危重者不宜应用，且过多的清创易造成损伤及出血。为此我们将方法简化应用，切口按可能的原发病灶而定，切口长度在 20cm 左右，对原发病灶适当处理后，对腹腔积液、异物及坏死组织彻底清除，不做全胃肠道灌洗，但仍坚持施行腹腔灌洗，最后关腹前放置抗生素液，简化了手术操作，效果显著、适宜于基层应用。

附表：　　原发病灶

手术名称	例数	手术名称	例数
胃大部切除	25	肠切除吻合	14
阑尾切除	14	肠破裂修补	2
胃扩张破裂修补	1	胆囊切除术	1

参考文献

1. 任建安．急性腹膜炎的手术治疗进展．国外医学外科学分册　1991；18（3）：130.

2. 吴阶平，裘法祖主编．黄家驷外科学．（上册）第 4 版．北京：人民卫生出版社　1988：963.

（收稿日期：1995—08—24）