维普资讯 http://www.cqvip.com

1%。Collins[1]在 71000 例阑尾标本中发现 1065 例，占 1.5%。迄今文献中已报告 1500 例，我院在 28378 例阑尾切除中仅见 2 例，占 0.007%。

阑尾憩室的成因[2,3]：Stout 谓管壁必有薄弱处，可因较在血管穿越阑尾管壁、系膜缘或系膜对缘处留有缺损，为结缔组织充盈而致，或因炎症使肌层产生疤痕，或阑尾穿孔修复后肌层突出，粘膜变性，或炎症后梗阻，肌活动增强，牵拉而成。有谓阑尾粘膜神经原的肾上腺受体缺乏，形成假性梗阻、节段性张力减低，使肌层肥大而致。或因局部前列腺素代谢异常，引起过度兴奋或抑制，致慢性肌肥大。总之局部肌层缺损可因血管通过或炎症后疤痕形成，加上阑尾肌层活动增强，管腔内张力增加而形成。先天性憩室机制尚不明，有谓系重复阑尾；胚胎期阑尾腔再通、部分形成囊状憩室；胚胎时胚上皮异位；与 D_1（13～15）三染色体性综合征有关，可能因染色体异常而致，后天性憩室机制如下[4]：

梗阻或肌活动增强
↓
腔内压力增加 ——炎性反应→牵引
↓ ↑
憩室←神经纤维反应
↑
血管周围间隙扩大或先天性薄弱

阑尾憩室根据管壁组织结构及形成原因分为真性及假性憩室二类，前者系先天性、管壁含全层结构，并有发育良好的肌层，文献中仅见 44 例，占 3%、单个较多发为多，可伴其他先天性疾病或胰腺纤维囊性病变；假性憩室为后天性，因炎症使管壁破坏致肌层缺损，占阑尾憩室 97%，常多发，偶粘膜及粘膜下组织也缺损，代之以纤维结缔组织，因壁菲薄，易穿孔形成弥漫性腹膜炎，或为大网膜及邻近组织包裹形成局限性腹膜炎或脓肿。若伴慢性炎症可在回盲部形成炎症性浸润硬块，类似癌瘤。

憩室可如菜豆至葡萄大，可单个，也可多发，后者较小、大者 0.1～0.3cm，单发者可较大，有达 12cm 并扭转者，其部位以系膜缘及远端居多，其余部位及整个阑尾均可发生，憩室呈圆柱形或 T 形，管腔狭小，常伴急性炎症，易穿孔，部分慢性炎，粘液囊肿、腹膜假粘液瘤，异物及寄生虫可进入，偶扭转。

憩室之重要性在于假性憩室易穿孔，其形式有三：系膜外憩室穿孔至游离腹腔致弥漫性腹膜炎；系膜内憩室穿孔致系膜急性间质炎；憩室急性炎或穿孔可发生亚急性或慢性间质炎或脓肿。此外由于憩室颈部狭小，引流不畅，易积聚粘液，一旦溃破，胶状粘液所含柱状上皮可使腹膜上皮间变，形成腹膜假粘液瘤。

此症可见于任何年龄，男女比值为 1∶1，常无症状易长期生存，一旦急性炎，其年龄多在 30 岁以上、病史较急性阑尾炎为长，胃肠道症状较少，常无脐周转移至右下腹痛史，症状不如急性阑尾炎那样典型，且既往多有类似发作[5]。

阑尾切除可根治。

参考文献

1. Collins DC. 71000Human appendix spelimens, a final report summariging forty years study. Amer J Procltol 1963; 14 (6) : 365.
2. Deschenes L et al. Diverticulitis of the appendix, report of sixty—dne cases. Amer J Surg 1971; 121 (6) : 706.
3. Honure LH etal. Diverticulitis of the appendix. Apdom Surg 1980; 22 (5～6) : 48.
4. 幕内博康，他．先天性虫垂憩室—先天性多发性虫垂憩室 91 例（本邦初例）と文献的考察，临床外科 1976; 31 (11) : 1495.
5. Lipton S etal. Diverticular disease of the appendix. SGD 1989; 168 (1) : 13.

8—10

17 例结肠穿孔的手术治疗体会

郑州铝厂职工医院外科 时西河 季 节
（河南郑州．邮政编码 450041）

R656.905

结肠包括直肠腹内段。由于结肠内含菌多、肠管血液供应差，愈合能力差，一旦发生穿孔，造成粪性腹膜炎，其后果严重、处理困难，并发症多，死亡率高。我院 1986 年至 1992 年共收治结肠穿孔 17 例，现就手术方式的选择及手术的适应症、禁忌症、优缺点谈谈体会。

临床资料

本组病例均为男性，最小年龄 15 岁，最大年

结肠穿孔，外科手术，治疗

维普资讯 http://www.cqvip.com

龄 64 岁，平均 38.4 岁。结肠穿孔的病因、部位及手术方式，见表 1～3。

表 1. 17 例结肠穿孔病因

病因	例数	死亡例数	并发症
外伤	8	1	肠外瘘 1 例
憩室炎肠套叠	1	0	0
嵌顿疝	1	0	0
癌症浸润	1	0	0
肠坏死	1	0	0
医源性穿孔	3	0	0
异物	1	0	0

表 2. 17 例结肠穿孔的部位

部位	例数	死亡例数	并发症
回盲部	2	0	0
升结肠	3	1	0
横结肠	2	0	0
降结肠	2	0	肠外瘘 1 例
乙状结肠	7	0	0
直肠	1	0	0

表 3. 17 例结肠穿孔的手术方式

术式	例数	死亡例数	并发症
一期修补加引流术	10	1	肠外瘘 1 例
一期肠切除吻合加引流术	4	0	0
一期肠切除吻合未引流术	1	0	0
结肠造瘘术	2	0	0

讨论

1. 结肠穿孔手术方式的选择

依病人情况，对结肠穿孔可采用结肠穿孔修补术、肠切除一期吻合术、肠修补近侧肠造瘘术及肠外置术。

2. 结肠穿孔修补加腹腔引流术

结肠穿孔修补加腹腔引流术是治疗结肠穿孔简单易行的术式。其适应症有：①患者年轻，全身情况好，无休克。②单发结肠穿孔，穿孔邻近肠壁炎症、水肿轻，脓性不大。③两个或两个以穿孔，穿孔小，且不在同一部位，腹腔污染轻。④穿孔至手术时间在 8 小时以内。⑤腹腔内脏器损伤数目在两个以下。一般情况，一期结肠穿孔修补加腹腔引流术用于右半结肠穿孔已被外科医生所接受，左半结肠穿孔一期修补加腹腔引流，而不加近侧肠造口术，应从严掌握。只要患者全身情况及局部条件较好，时间可以放宽。本组 1 例结肠镜检致乙状结肠穿孔患者，时间已超过 48 小时，穿孔直径 2cm，全身及局部条件好，行一期修补加腹腔引流术，术后恢复顺利。结肠穿孔修补术后最严重的并发症是腹腔内瘘。肠外瘘预后尚好，作者遇 1 例乙状结肠刀刺伤患者，行穿孔修补加腹腔引流术后形成结肠外瘘，经换药而愈。

在行结肠穿孔修补术中，要清除穿孔两端的粪便，穿孔处仔细消毒，用“0”号丝线全层间断内翻缝合，再浆肌层包埋，针距在 0.5cm 以内。将近处带蒂大网膜覆盖于缝合口处以形成血管处粘连。

3. 结肠穿孔修补加近侧肠管造瘘术

具备下列条件者应选择穿孔修补加近侧肠管造瘘术：①有难以纠正的休克。②腹腔内有较多脓液或有粪便污然，而炎症较重者。③有两个以上肚

维普资讯 http://www.cqvip.com

2826(6)

器损伤。④腹腔内出血量大于 1000ml。⑤穿孔至手术时间在 8 小时以上。⑥需作肠切除的结肠穿孔。⑦结肠穿孔兼有腹壁缺损的开放性损伤。

4. 一期肠切除肠吻合术

作者的体会该术式的适应症有：①结肠损伤面大。②病人全身条件好，无休克。③腹腔污染不重，穿孔或损伤距手术时间在 6 小时以内。④腹腔无其它脏器损伤或损伤较轻的。右半结肠行一期肠切除肠吻合是公认的可行之术式，而左半结肠一期肠切除肠吻合术尚有争论，多主张再加近端肠造口术，三个月再行二期吻合术。笔者认为左半结肠穿孔者，只要病人全身状况好及局部条件好，就尽早手术，术中遵照“上要空、口要正、下要通”的原则，仔细操作，一期肠切除肠吻合是可行的。本组曾对 3 例乙状结肠扭转坏死患者行一期肠切除肠吻合术，术后无并发症。

对于嵌顿疝致结肠坏死者，在疝囊内行一期肠切除吻合并一期疝修补术，被认为禁忌症。本组 1 例左侧腹股沟斜疝嵌顿致乙状结肠坏死患者，行一期疝囊内肠切除肠吻合，并一期疝修补术，术中严格无菌操作，术后定期扩肛，使肠道保持低张状态，术后大量应用抗菌素，不但未形成肠瘘，切口还一期愈合，避免了二期手术之痛苦。当然，这只是个例，不能作为常规手术方式。

5. 肠外置术

一般情况下，尽量不用本法。如因结肠穿孔就诊晚，全身情况差，局部病变严重，如阿米巴性肠穿孔较大，肠壁大片坏死及憩室穿孔时肠壁水肿，脆性大，即不能修补，又不能切除时，宜将病变肠段游离后，提出肠壁于创口外，并在腹壁上固定。同时应充分引流，待三个月后，局部及全身状况改善后，再二期处理。

综上所述，结肠穿孔的急诊处理原则是：病人全身情况好，局部条件较好，就尽早手术，医疗条件能胜任，尽量一期修补及一期肠切除肠吻合术，而不加近侧造口术。如全身条件尚佳，但局部条件较差，如远近端肠管口径差距悬殊，以行肠切除吻合加近端肠管造瘘为妥。如全身情况不好，局部条件又太差，吻合术后又有张力者，以肠外置术为好。

6. 全身及局部的术后处理

急性结肠损伤或穿孔，多合并有其它脏器损伤，常伴有失血性或中毒性休克。因此病人就诊时即要注意其全身情况，如输液及必要的输血抗休克，作好术前准备及时手术治疗，术前抗菌素即可使用。

凡结肠手术，无论采取何种术式，都要在术中实行隔技术，找出结肠穿孔后即用无菌纱布保护穿孔周围正常组织，吸净穿孔两端结肠内容物，用新洁尔灭液、灭滴灵液消毒穿孔处。手术器械及敷料不能在本次手术中再次使用。

行结肠坏死切除术，如为肠扭转坏死，不应先行坏死肠段复位。因为复位能促使毒素吸收，加重休克。应先于坏死肠段两端正常肠段各下两把肠钳，保护坏死肠段，于钳间行“封闭式”坏死肠段切除，所余两端正常肠管用新洁尔灭、灭滴灵液等多次反复消毒。用“0”号丝线间断全层缝合，再浆肌层缝合。结肠穿孔修补及一期切除吻合术均应冲洗腹腔，冲洗液可达 5000～6000ml，在吻合口或修补口附近放置腹腔引流管 5～7 天。尤其是外降结肠后壁穿孔者，务必在腹膜后间隙放置引流管。在缝合腹膜后，腹壁切口用双氧水清洗，或者用新洁尔灭、灭滴灵液等，可望腹壁切口一期愈合。

术后除支持治疗外，全身应用有效的抗菌素是十分必要的。灭滴灵、氨基苄青霉素、庆大霉素的联合应用是结肠手术中的“金三联”。三种药物的联合应用减少结肠手术的并发症，扩大了一期手术的适施范围。

10—12

急性出血坏死性胰腺炎的手术治疗体会

鞍山市第三医院 刘庆余 赵 英
（辽宁鞍山，邮政编码 114000）

R657.540.5

急性胰腺炎的发病率已渐趋增多，其病人情有轻有重，临床上 80%的病例属于轻型水肿性胰腺炎，可经内科疗汉治愈。有 5～10%形成假性囊肿，属于重型者为数不多，大约 10%发展成急性

胰腺炎；急性；坏死性；外科手术；