维普资讯 http://www.cqvip.com

鲁卡因液，使胆囊壁与肝包膜间分离，对识别进入胆囊的血管、变异胆管或与胆囊相通连的管道均有益无害，此法更适于胆囊壁充血水肿、解剖结扎胆囊动脉有困难的病人。在注射液中可加入肾上腺素 7～8 滴/50ml 盐水，以控制剥离胆囊时创面之出血，使术野干净，便于显露，防止胆管损伤，对少数胆囊管过长或汇入肝总管的位置较低，不宜过多分离，但残留的胆囊管中应无结石、无炎症感染，一般要求残留胆囊管长度以 3～5mm 为宜。若过多分离解剖胆囊管，反可导致胆总管损伤或影响胆总管的血运。对开口大而胆囊管过短者，其残端必须双重结扎或缝合修复，以免术后发生胆瘘或胆汁性腹膜炎。

四、胆囊管结石嵌顿的处理。

胆囊管被结石嵌顿，常表现为胆囊积液或积脓，此时胆囊管因结石嵌顿而水肿、炎症、疤痕或粘连，使胆囊三角区解剖不清。为避免胆管损伤，①术中先于胆囊底部穿刺抽液减压；②胆囊减压后，设法松动嵌顿的结石；③在胆囊床浆膜下注入 0.01‰肾上腺素盐水，以防剥离胆囊时出血，但有高血压的病人慎用；④从胆囊底部开始剥离胆囊，最后再于三角区显露胆囊动脉及胆囊管；⑤胆囊管内结石嵌顿不能松动，除按上述步骤进行外，还可先切开胆囊壁，从胆囊腔内将结石取出，最后理清胆囊管与胆总管关系后，再常规切除胆囊；⑥如结石造成胆囊与胆总管或胆囊与胃、十二指肠内瘘者，先切开胆囊取石，剪去多余的胆囊壁，利用部分胆囊壁或直接缝合修复胆总管或胃、十二指肠瘘口。残留胆囊床的粘膜用 5%碘酒处理后缝合，于胆总管内应安放“T”管引流，同时于胆囊床下放置烟卷引流，均经手术切口旁另戳孔引出。

五、萎缩性胆囊炎之处理。

萎缩性胆囊炎常因致密的瘢痕粘连、局部解剖不清，行胆囊切除时易伤及胆总管或右肝管。

1. 分离胆囊床时不能损伤肝组织，对难于分离的肝床，可切开胆囊壁，取出腔内结石，切除多余的胆囊壁，残留在胆囊床的粘膜上皮，可用刮匙搔刮，再用 5%碘酒处理后，在腔内将胆囊管口缝合。如右肝管一旦损伤，应立即予以缝合修补，并于胆总管内置一支撑管于损伤修补后的右肝管处，以防术后发生胆外瘘。

2. 解剖胆囊三角区有困难时，切忌强行解剖，可按逆行切除胆囊法，先剥离胆囊，最后再处理胆囊三角区，但此法对胆囊内充满型结石者，应警惕在切除胆囊过程中将结石挤压入胆总管，日后导致胆总管继发结石或反复发生胆总管炎。因此，于胆囊切除术毕应常规用手扪查胆总管，尤其是十二指肠后及胰腺段之胆总管，如发现胆总管内有结石，应立即切开胆总管取石并放置“T”管引流。

7—8

阑尾憩室

南京市第一医院外科 郑裕隆 赵乾元
（江苏南京，邮政编码 210006）

R656·805

阑尾憩室临床罕见，我院曾收治 2 例，摘要报告如下：

例 1. 男，26 岁，因突然腹痛 24 小时入院，自脐周转移至右下腹，并逐渐增剧。查体温 37°6C，右下腹肌紧、压痛及反跳痛，腰大肌试验阳性。白细胞 15100，中性 87%，酸性 5%，淋巴 8%，即行阑尾切除术，阑尾位盲肠前内侧，长 6cm，充血水肿，术后康复，病检见阑尾中部有菜豆大结节状隆起，切面该隆起与管腔相通，直径 0.5cm，腔轻度扩张，内含胶冻状粘液，切片示阑尾腔向一侧突出，各层中性白细胞浸润，诊断为阑尾憩室并急性阑尾炎。

例 2. 女，70 岁，突然腹部剧痛 5 小时入院，由上腹扩散至右下腹，向腰背放射，既往有胃病史，查体温 38℃，血压 180/92，腹略胀，右腹肌紧、压痛、反跳痛，右上尤著，白细胞 8800，中性 76%，淋巴 24%。术中见十二指肠球部前壁 0.6cm 大穿孔，修补后切除阑尾，术后经过良好，病检示单纯性阑尾炎，轻度周围炎，阑尾粪石及多发性阑尾憩室。

阑尾憩室在阑尾切除中占 0.004～2.1%，常规尸检中占 0.2～0.66%，若仔细检查可增至

阑尾憩室，阑尾炎，外科手术

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