

文章编号:1005-6947(2004)01-0076-02

· 临床报道 ·

腹部手术后早期急性阑尾炎 6 例报告

张建民, 刘冬冬

(山东省宁阳县第一人民医院 普外科, 山东 宁阳 271400)

摘要:笔者回顾性分析 1982~2002 年间 6 例腹部手术后早期急性阑尾炎的临床资料。结果显示 6 例患者中术前诊断急性阑尾炎 4 例, 腹膜炎 2 例, 均于原发病术后 6~14d 行常规阑尾切除术, 痊愈出院。提示腹部手术后早期急性阑尾炎术前不易确诊, 应引起重视; 积极手术治疗是可取的。

关键词:腹部手术; 阑尾炎/诊断; 急性病

中图分类号:R656; R574.61

文献标识码:B

腹部手术后早期急性阑尾炎临床较为少见。我院 1982~2002 年共收治 6 例, 现报告分析如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 4 例, 女 2 例。年龄 16~67 岁。原发病手术: 胃癌根治手术 1 例, 胆囊切除术 1 例, 粘连性肠梗阻粘连松解术 1 例, 门静脉高压症行断流术 1 例, 肝裂伤修补术 1 例, 卵巢肿瘤切除术 1 例。原发病手术距阑尾炎手术时间间隔 6~14d。出现阑尾炎症状至阑尾切除术的时间为 6h~3d。

1.2 临床表现

6 例中发病时即为右下腹痛 3 例, 全腹痛 2 例, 转移性右下腹痛 1 例; 发热 5 例; 恶心、呕吐 3 例。6 例均有右下腹压痛、反跳痛, 表现为右下腹局限性腹膜炎 4 例, 弥漫性腹膜炎 1 例。白细胞计数在 $12 \times 10^9/L \sim 16 \times 10^9/L$ 之间 3 例, $17.8 \times 10^9/L$ 1 例, $18.2 \times 10^9/L$ 1 例, $21.6 \times 10^9/L$ 1 例。术前诊断为急性阑尾炎 4 例, 以腹膜炎行剖腹探查术 2 例。

2 治疗及结果

6 例均经手术证实为急性阑尾炎, 6 例均行常规阑尾切除术, 术后均痊愈出院。术后病理诊断: 化脓性阑尾炎 4 例, 坏疽穿孔性阑尾炎 1 例, 急性单纯性阑尾炎 1 例。

3 讨论

阑尾炎是普通外科常见病、多发病, 但腹部手术后早期阑尾炎实属少见。一般急性阑尾炎多易于诊断, 而腹部术后早期急性阑尾炎往往难以确诊; 尽管其临床表现与一般阑尾炎无明显差异, 但临床医生仍会过多地考虑原发病手术或其并发症而致延误诊断。术后抗菌药物的应用可能掩盖阑尾

炎的发热症状和炎症过程, 也往往使外科医生对发生阑尾炎失去警惕。只有当患者出现典型症状, 如右下腹明显压痛、局限性腹膜炎时, 外科医生才会考虑到本病, 但仍可能有些医生认识不足。如本组 1 例胆囊切除术后 8d 出现右下腹疼痛, 并有压痛、反跳痛, 科内医生讨论未能达成共识, 对症治疗 3d 后仍无缓解, 又出现弥漫性腹膜炎, 剖腹手术时阑尾已坏疽穿孔, 实为教训。笔者体会, 在诊断本病时有以下几点可供参考: (1) 虽有腹部手术史, 但早期又出现急性阑尾炎的临床表现。(2) 出现用原发病手术或其并发症不易解释的情况, 如持续性右下腹痛, 伴恶心、呕吐、发热等。(3) 检查白细胞计数升高。右下腹超声检查也有助于诊断。(4) 有时应用更强的抗菌药物症状无好转。

除与一般阑尾炎有相似的病因外, 可能与以下几种因素有关^[1]: (1) 手术后应激反应, 阑尾肌层痉挛引起阑尾缺血, 继发细菌感染而致病。(2) 围手术期机体抵抗力下降。(3) 术后肠蠕动减缓, 粪便滞留时间延长, 部分可进入阑尾腔, 造成阑尾腔梗阻而发病。(4) 手术操作可引起血源性或淋巴源性细菌播散。

腹部手术后早期急性阑尾炎虽属少见, 但应引起重视。本病重在诊断。临床医生根据临床表现, 详询病史, 仔细检查, 还可借助一定的辅助检查, 多可作出正确诊断。关键在于要想到有发生该病的可能, 不能单纯考虑原发病手术及其并发症, 避免先入为主的惯性思维模式。诊断明确后应积极手术治疗, 行常规阑尾切除术, 脓液较多时可放置右下腹引流。因属早期再手术, 既要避免错失手术良机, 又要充分考虑病人的安全性。总的原则是准确评价, 果断处理, 重点准备^[2]。

参考文献:

- [1] 徐宝观. 术后急性阑尾炎的诊断[J]. 国外医学外科分册, 1992, 19(1): 61.
- [2] 李永国. 急腹症再手术问题[J]. 中国实用外科杂志, 2002, 22(4): 196.

收稿日期: 2003-01-23; 修订日期: 2003-06-27.

作者简介: 张建民(1970-), 男, 山东宁阳人, 山东省宁阳县第一人民医院主治医师, 主要从事胃肠外科, 腹腔镜在胃肠外科方面的研究。