

文章编号:1005-6947(2004)02-0154-02

· 临床报道 ·

盲肠壁内阑尾炎 11 例报告

齐建利, 汤岩, 古鲁哈孜

(新疆呼图壁县人民医院 外科, 新疆呼图壁 831200)

摘要: 11 例盲肠壁内阑尾炎中, 右下腹痛明显 8 例, 右上腹、脐周疼痛 3 例。有转移性腹痛史 3 例。腹肌紧张呈“板状腹”者 4 例。术前诊断为急性单纯性阑尾炎 3 例, 急性化脓性阑尾炎 4 例, 穿孔性阑尾炎并弥漫性腹膜炎 2 例, 肠梗阻并弥漫性腹膜炎 1 例, 上消化道穿孔并弥漫性腹膜炎 1 例。11 例中, 完全性盲肠后壁肌层内阑尾炎 5 例 (45.4%), 不完全性盲肠肌层内阑尾炎 3 例 (27.3%), 完全性盲肠浆膜下阑尾炎 3 例 (27.3%)。均行阑尾切除术, 术后无 1 例并发症发生。提示临床表现结合病史是诊断本病的主要方法。为排除其他疾病, 据病情行必要的辅助检查。如: 腹部立位 X 线拍片, B 超, 腹腔穿刺及 CT, 以助鉴别诊断。手术是治疗本病的重要手段。

关键词: 阑尾炎/诊断; 误诊

中图分类号: R574.61; R44

文献标识码: B

阑尾炎是外科常见病, 多发病; 盲肠壁内阑尾炎罕见, 尤其是异位者, 临床体征不典型、易误诊, 手术显露及切除处理有一定难度。我院 1996~2002 年手术治疗的 344 例阑尾炎中阑尾周围脓肿 19 例, 盲肠壁内阑尾炎 11 例。现就这 11 例的诊治方法报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 8 例、女 3 例。年龄 12~46 (平均 25.6) 岁。完全性盲肠后壁肌层内阑尾炎 5 例, 不完全性盲肠肌层内阑尾炎 3 例, 完全性盲肠浆膜下阑尾炎 3 例。11 例中异位盲肠壁内阑尾炎 2 例。伴有高血压病者 2 例, 糖尿病患者 1 例。

1.2 临床表现

本组 11 例均有不同程度的腹痛。右下腹痛明显 8 例, 右上腹、脐周腹痛 3 例。有明显转移性腹痛 3 例。全腹肌紧张呈“板状腹” 4 例。体温 37.1~38.8℃, 平均 37.6℃。血白细胞计数 $< 10 \times 10^9/L$ 者 1 例, $> 20 \times 10^9/L$ 者 1 例, 其余 9 例介于两者之间; 中性粒细胞 0.723~0.961, 平均 0.864。腹部立位 X 线平片有肠梗阻征象 4 例, 其中见多个肠段大小不等液平 1 例, 见膈下有少量游离气体 1 例。B 超见肠间及右下腹腔少量积液 3 例。腹腔穿刺抽及混浊液 3 例。术前诊断为急性单纯性阑尾炎 3 例, 急性化脓性阑尾炎 4 例, 穿孔性阑尾炎并弥漫性腹膜炎 2 例, 肠梗阻并弥漫性腹膜炎 1 例, 上消化道穿孔并弥漫性腹膜炎 1 例。误诊率达 18.2%。

2 手术方法及治疗效果

收稿日期: 2003-02-17; **修订日期:** 2003-11-27。

作者简介: 齐建利 (1957-), 男, 新疆乌鲁木齐人, 新疆呼图壁县人民医院副主任医师, 主要从事普外科方面的研究。

发病后 14~74h 行手术治疗, 平均 44.8h。本组病例均沿结肠带向盲肠顶端寻找阑尾, 触及盲肠壁条状肿物后, 以纵轴指向避开系膜血管、便于缝合为原则切开浆肌层, 切口损伤尽量小, 以能分离出阑尾为度。本组 8 例盲肠位于右下腹, 1 例位于中腹部, 1 例位于下腹偏左, 1 例位于右上腹肝下。均有不同程度的盲肠壁水肿, 回盲部肠系膜多数松长、盲肠游动性大, 均可触及淋巴结肿大, 均行阑尾切除术, 浆肌层予以缝合并缝埋残端, 用侧、后腹膜挂缝覆盖创面。切除物常规送病检确诊。术后常规抗感染 3~5d。除 1 例合并糖尿病的患者切口延迟愈合外, 均一期愈合痊愈出院。无 1 例肠瘘及其他并发症发生。

3 讨论

阑尾炎诊断大多不难, 但一旦穿孔引起弥漫性腹膜炎, 因肠麻痹肠蠕动减弱甚至消失, 肠腔积气积液、腹胀, 尤其是异位阑尾炎, 易误诊为消化道穿孔, 肠梗阻。本组 11 例中有 4 例经腹部立位 X 线平片提示肠梗阻。其中 1 例见多个肠段大小不等液平, 1 例见膈下有少量游离气体。如术前病史不清, 无明显转移性腹痛, 很易误诊。因盲肠有一定的游动性, 故此类阑尾炎均无明显固定压痛点^[1], 应予注意。结合体温、白细胞计数明显升高, 中性粒细胞比例升高。右下腹压痛明显 (除异位阑尾炎压痛部位不同外), 均应首先考虑此病。

切口选择一般以麦氏点为经典切口, 结合患者胖瘦、阑尾压痛最明显处适当调整, 以便视野显露及易操作。阑尾炎一旦穿孔并致弥漫性腹膜炎时应选右下腹直肌切口^[2]。如为异位 (如右上腹、中腹) 阑尾炎难以排除上消化道穿孔并发的弥漫性腹膜炎者, 应选取右腹直肌中点小切口, 进腹腔后据病变位置上下延长, 以方便手术操作。本组 1 例异位右肝下盲肠壁内阑尾炎, 因切口选择不当给手术操作带

文章编号:1005-6947(2004)02-0155-02

· 临床报道 ·

胃恶性间质瘤的临床诊治

董谦¹, 全志伟¹, 殷敏智²

(上海第二医科大学附属新华医院 1. 外科 2. 病理科, 上海 200092)

摘要: 笔者回顾性分析 8 例胃恶性间质瘤患者的临床资料。诊断采用免疫组织化学法。病变部位 4 例在胃体, 3 例在胃窦, 1 例发生在胃贲门; 其中 5 例高度恶性, 3 例低度恶性。1 例因广泛转移仅行活检, 1 例姑息性切除术, 6 例行根治术。仅行活检 1 例术后 4 个月死亡; 姑息性切除 1 例术后复发; 行根治术 6 例均生存, 最长者达 5 年。提示免疫组化检查可确定胃恶性间质瘤的恶性程度; 手术应争取行根治性手术, 对预后及防止复发有一定意义。

关键词: 胃肿瘤/外科学; 间质瘤/诊断

中图分类号: R735.2; R730.262

文献标识码: B

胃恶性间质瘤 (gastric stromal sarcoma) 是指起于胃壁肌层的恶性间质肿瘤, 与上皮来源的肿瘤相比, 是一种少见的消化道恶性肿瘤。以往有不少文献从病理学角度对之进行了阐述, 但对其临床认识不足。本文仅就所诊治的 8 例的诊断和治疗进行探讨。

1 临床资料

1.1 一般资料

8 例胃恶性间质瘤患者均为我院 1995~1999 年的手术治疗病例, 均经病理证实。男 3 例, 女 5 例。年龄 32~68 (平均 54) 岁。

收稿日期: 2002-04-05; **修订日期:** 2003-08-07。

作者简介: 董谦 (1971-), 男, 上海人, 上海第二医科大学附属新华医院主治医师, 主要从事消化道外科方面的研究。

1.2 临床表现

首发症状中上腹疼痛不适、纳差 4 例, 上消化道出血 3 例, 上腹部肿块就诊 1 例。术前均接受胃镜、B 超、CT 检查, 1 例行 DSA 检查。所有病例的肿瘤标志物如 CA199, CA724, CEA, CA125, CA50 和 α FP 等均在正常范围。术前无 1 例诊断为胃间质肿瘤, 误诊为左肝叶占位病变、腹部肿块、上消化道出血等。

1.3 治疗

所有病例均接受手术。术中见 4 例肿瘤位于胃体, 3 例位于胃窦, 1 例位于贲门。瘤体直径为 5.5~18 cm。其中 1 例因广泛转移仅行活检后关腹, 1 例行姑息性切除, 6 例行根治性切除。

来困难, 延长了手术时间, 应予借鉴。

寻找阑尾经典的方法是沿结肠带向盲肠顶端追踪, 即能找到阑尾。如仍未找到阑尾, 应考虑可能为盲肠后位阑尾, 用手指探查盲肠后方或剪开盲肠外侧腹膜, 将盲肠向内翻即可发现阑尾。也可借助回盲襞寻找。两种方法结合多能找到。如仍找不到, 应疑及: (1) 乙状结肠过长或横结肠下垂至右下腹; (2) 异位 (肝下、中腹、左中腹、左下腹) 阑尾; (3) 反复发作的慢性阑尾炎、阑尾萎缩、急性阑尾炎大网膜肠管包裹或阑尾周围脓肿侵蚀阑尾消失殆尽^[3]。本组 1 例盲肠壁内阑尾炎位于右肝下, 而乙状结肠过长至右下腹。19 例阑尾周围脓肿, 6 例阑尾侵蚀溃碎消失。盲肠壁内阑尾炎多有盲肠回盲部肠系膜淋巴结肿大, 如术中找不到阑尾, 应仔细检查盲肠壁内有无条索状物, 最终可发现。

处理阑尾一般按经典方法。如阑尾较长粘连头端固定, 可于根部结扎切断, 残端处理后再分次断系膜切除阑

尾。如盲肠壁水肿、组织脆弱不能荷包缝合埋入残端, 可用 8 字或 U 字缝合在盲肠带上, 将系膜一并结扎。如盲肠壁内阑尾, 结扎切除后应将切开的浆肌层缝合并缝埋残端, 用侧、后腹膜覆盖创面挂缝 2~5 针, 以防肠痿发生^[4]。本组病例经上述处理后无 1 例并发症发生, 均在短期内痊愈出院。

参考文献:

- [1] 陈茂林, 章学泉, 李德文. 盲肠壁内阑尾炎 8 例报告 [J]. 腹部外科杂志, 1990, 2(3): 63.
- [2] 戴显伟. 阑尾疾病 [A]. 见: 陈孝平. 外科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002. 609-611.
- [3] 乔海泉, 代文杰, 刘冰, 等. 阑尾炎再手术 20 例分析 [J]. 中国实用外科杂志, 2002, 22(8): 490-491.
- [4] 杨绍雄, 王英, 郭胜添. 37 例盲肠后位阑尾的诊治体会 [J]. 中国普外基础与临床杂志, 2002, 9(1): 64.