

文章编号:1005-6947(2005)03-0239-02

· 经验与教训 ·

# 13例阑尾炎术后再手术原因分析

徐龙华, 仝琰, 刘现景

(山东省鄒城县中医院 普外科, 山东 鄒城 274700)

**摘要:**对收治的13例阑尾炎术后再手术的临床资料进行回顾性分析。结果显示:术前及术中漏诊结肠癌4例,阑尾恶性肿瘤4例;阑尾残株炎2例;因术后炎性肠梗阻盲目再手术1例;因术中引流不当致肠漏1例,未置引流致回盲部脓肿1例。提示应重视阑尾炎术前及术中的诊断及鉴别诊断,重视术中操作及术后并发症的处理,以减少或避免再手术的机会。

**关键词:**阑尾炎/外科学;再手术

**中图分类号:**R656.8;R61

**文献标识码:**C

本文对我院于1990年1月~2004年1月间收治的13例阑尾炎术后施行再手术的各种原因进行分析,以引起广大医师的重视,避免或减少再手

术机会。

## 1 临床资料

本组男9例,女4例;年龄18~74

岁。再手术距初次手术时间最短48h,最长38个月,平均9个月。再次手术的原因及结果见附表。

附表 阑尾炎术后再手术分析

临床表现	例数	再次手术距阑尾切除手术的时间	再手术原因	术式	结果
右腹部包块,疼痛	1	10个月	升结肠癌	升结肠肿瘤根治术	痊愈出院
肠梗阻症状	1	11个月	升结肠癌	升结肠肿瘤根治术	痊愈出院
消瘦,肠梗阻	1	17个月	肝曲结肠癌	结肠肿瘤姑息手术	痊愈出院
消瘦,右下腹包块,肠梗阻	1	18个月	回盲部肿瘤	回-横结肠侧侧吻合捷径术	痊愈出院
阑尾切除后病理诊断为阑尾恶性肿瘤	2	7d,7d	类癌2例(肿瘤直径分别为3cm,4cm)	均行右半结肠切除术	均痊愈出院
	1	7d	阑尾腺癌	右半结肠切除术	痊愈出院
	1	7d	阑尾恶性淋巴瘤	右半结肠切除术	痊愈出院
右下腹疼痛	1	22个月	远端残株炎	阑尾残株切除术	痊愈出院
右下腹疼痛	1	38个月	近端残株炎	阑尾残株切除术	痊愈出院
肠梗阻	1	9d	炎性肠梗阻	术中见肠管粘连广泛,水肿严重,未分离粘连即关腹	痊愈出院
腹腔引流管引出肠内容物	1	2d	肠痿	肠痿修补术	痊愈出院
发现右下腹疼痛性包块	1	5d	回盲部包裹性脓肿	回盲部脓肿引流术	痊愈出院

## 2 讨论

### 2.1 漏诊结肠癌

结肠癌合并急性阑尾炎并非罕见,结肠癌的首发症状以阑尾炎的症状表现出现,其发生原因与肿瘤浸润、阑尾管腔的阻滞、压力增高等多种因素有关。分析漏诊的原因如

收稿日期:2004-03-06; 修订日期:2005-01-17。

作者简介:徐龙华(1967-),男,山东鄒城人,山东省鄒城县中医院主治医师,主要从事胃肠外科方面的研究。

通讯作者:徐龙华 电话:0530-6539313。

下:(1)临床医师在诊疗中经验不足,满足于门诊的入院诊断,犯先入为主的惯性思维模式错误,以及对结肠癌并存阑尾炎缺乏认识,术中发现结肠硬结即认为属于炎症改变,满足于阑尾炎的诊断。(2)阑尾炎手术绝大多数为急症手术,术前对结肠癌的其它临床症状询问不仔细,体查不细致,未作进一步的检查分析。(3)手术切口多为麦氏切口,难以满意探查远段结肠,致结肠癌漏诊。针对以上原因,临床医师应注意避免犯上述错误,对于老年人阑尾炎应考虑到并存结肠肿瘤的可能,并详细检查。手术取右下腹探查切口,便于术中发现肿瘤行根治术,术中可送快速冷冻病理切片检查,减少漏误诊的机会。本组1例从基层医院以阑尾炎术后肠梗阻、右下腹包块转入的病人,经检查系回盲部肿瘤,追问经治医师术中肠管充血水肿、粘连较重,误认为阑尾周围脓肿予以引流,耽搁18个月,第二次手术中发现肿瘤已广泛转移,不能切除,改行回-横结肠侧侧吻合捷径术,以解除肠梗阻,术后3个月死亡,教训深刻。

## 2.2 术中漏诊阑尾恶性肿瘤

阑尾恶性肿瘤并不多见,术前明确诊断较困难,但术中漏诊实属不宜。本组4例,均在术后阑尾病理诊断后确诊,而行二次手术。漏诊原因为对于阑尾恶性肿瘤缺乏认识,术中将阑尾肿瘤误为炎性肿块以致错过了术中根治肿瘤的时机,故对于术中见阑尾结节性病变或局部有肿大淋巴结时,应送快速冷冻病理切片检查,明确诊断后再考虑术式,免遭二次手术的痛苦。

## 2.3 阑尾残株炎

本组2例,1例为坏疽性阑尾炎,阑尾位于腹膜外,术中阑尾远端残留约3cm。另1例为盲肠与阑尾粘连,近端残留2cm。2例均经较长时间的治疗观察,才再次手术。残株炎的发生与盲目追求手术小切口、麻醉效果欠佳、肌肉不松弛、手术暴露困难、医生经验不足有关。

## 2.4 炎性肠梗阻

其发生见于阑尾炎症较重病人,多于术后1周内肛门排气,但随着肠管本身炎性水肿渗出逐渐加重,另外早期进

食亦可增加肠道负担,导致炎性肠梗阻。出现这种情况通过非手术疗法就能治愈<sup>[1]</sup>。此时若再次剖腹手术,强行剥离粘连,会损伤多处肠管,由于肠管炎性水肿,修补缝合很难满意,术后极易发生肠痿<sup>[2]</sup>。本组1例炎性肠梗阻病人术后第4天肛门排气并进食,第8天出现肠梗阻症状。术中见肠管充血水肿较重,粘连广泛,未予分离粘连即关腹。术后经胃肠减压,肛门肛管排气,增加支持疗法,使用新斯的明,抗炎等治疗后渐治愈。此病例采用再次手术治疗欠妥,庆幸术中未予分离肠粘连,避免了出现肠痿等并发症的危险。但应注意与机械性肠梗阻鉴别。

## 2.5 其他

本组1例回盲部脓肿患者,为阑尾周围脓肿,术中清除不彻底,局部炎症较重,且未放引流所致。另1例肠痿患者为阑尾切除术后第2天经负压引流的质地较硬的硅胶管内引流肠内容物,再次手术中见引流管直接穿入盲肠内而致肠痿。以上并发症的发生,都是由于术中对于置放腹腔引流问题处理不当所致。故对于阑尾炎症较重致阑尾周围脓肿患者,术中处理不满意,估计有渗漏可能者,应放置引流管,防止炎性渗出致腹腔脓肿,及时发现残端痿等并发症。而且放置引流管质地不能太硬,应放置在引流部位最低点,引流管远端不能直接顶压回盲部及阑尾残端,原则上不应行负压引流。

总之,阑尾炎虽是常见病,但临床上不能掉以轻心,麻痹大意,不能视为小病,而忽视其术前的诊断及鉴别诊断。防止术前及术中漏误诊、重视术中操作及术后并发症的处理等,对于避免或减少再手术机会,防止延误病人的治疗均甚为重要。

## 参考文献:

- [1] 黎介寿. 认识术后早期炎症性肠梗阻的特性[J]. 中国实用外科杂志, 1998, 18(7): 387-388.
- [2] 王斌, 李宏艳. 术后早期炎症性肠梗阻的诊断与治疗[J]. 中国普通外科杂志, 2002, 11(8): 479-480.