



● 主编 吴咸中

腹部外科实践

PRACTICE OF ABDOMINAL SURGERY

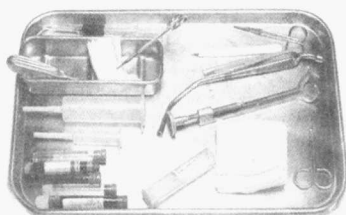
天津科学技术出版社

第三版 ● 下册

287102

R656
W387(3)
v.2
2004
C.1

■主编 吴咸中

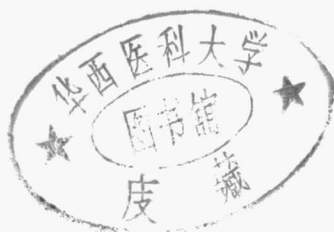


腹部外科实践

●第三版●

PRACTICE OF ABDOMINAL SURGERY

天津科学技术出版社



00132101

图书在版编目(CIP)数据

腹部外科实践/吴咸中主编. —3版. —天津:天津科学技术出版社, 2004. 1

ISBN 7-5308-3619-6

I. 腹... II. 吴... III. 腹腔疾病—外科学—诊疗
IV. R656

中国版本图书馆CIP数据核字(2003)第103270号

责任编辑:于素芝

版式设计:雒桂芬

责任印制:张军利

天津科学技术出版社出版

出版人:胡振泰

天津市西康路35号 邮编 300051 电话(022)23332393

网址:www.tjkjcs.com.cn

天津新华印刷三厂印刷

新华书店天津发行所发行

*

开本 787 × 1092 1/16 印张 87.25 插页 2 字数 2 047 000

2004年1月第1版

2004年1月第1次印刷

定价:(上下册)190.00元

目 录

上 编 总 论

第一章	腹痛的发生机制、诊断与治疗	(2)
第二章	胆红素代谢与黄疸	(25)
第三章	消化道出血	(43)
第四章	腹膜炎症	(55)
第五章	消化道激素与临床	(71)
第六章	B 型超声波技术在腹部外科中的应用	(94)
第七章	医学影像学诊断	(123)
第八章	PET 显像在腹部外科疾病诊治中的应用	(203)
第九章	内窥镜检查与治疗	(219)
第十章	腹腔镜检查与治疗	(276)
第十一章	外科休克及其处理	(308)
第十二章	SIRS/MODS 的防治	(336)
第十三章	腹部外科手术麻醉要点	(355)
第十四章	外科病人液体治疗	(386)
第十五章	外科营养	(416)
第十六章	血液净化疗法在腹部外科中的作用	(437)
第十七章	消化道疾病药物治疗学基础	(449)
第十八章	中草药疗法	(500)
第十九章	针灸疗法	(513)
第二十章	腹腔穿刺与腹膜腔灌洗	(523)

第二十一章	剖腹探查术	(531)
第二十二章	围手术期处理	(538)
第二十三章	腹部手术后并发症	(548)
第二十四章	腹部外科重症监护	(558)

下 编 各 论

第二十五章	腹壁疾病与腹外疝	(590)
第二十六章	腹部损伤	(632)
第二十七章	腹膜、网膜和肠系膜疾病	(663)
第二十八章	胃、十二指肠疾病	(682)
第二十九章	肠疾病	(817)
第三十章	阑尾疾病	(963)
第三十一章	肛门直肠疾病	(992)
第三十二章	肝脏疾病	(1051)
第三十三章	胆道疾病	(1153)
第三十四章	胰腺疾病	(1235)
第三十五章	脾脏疾病	(1295)
第三十六章	腹膜后间隙疾病	(1328)
第三十七章	器官移植	(1334)
第三十八章	病态肥胖的外科治疗	(1371)

下 编 各 论

32146

第二十五章 腹壁疾病与腹外疝

第一节 腹 壁 的 解 剖

腹壁对腹腔内脏器有包裹和保护作用,腹腔内脏器各种生理性活动的完成,以至大小便、分娩、呕吐、咳嗽等动作均有赖于腹壁的完整性。腹腔内的各种疾病也均需对腹壁或通过腹壁进行检查,以得出诊断。在进行腹部手术时也必须从腹壁切开,最后缝合,并要求术后达到完善的切口愈合。因此,熟悉腹壁各层解剖特点,对腹部外科工作者具有重要意义。

腹壁可分为前后及两侧 4 个部分,本章仅以前侧腹壁为主要内容进行论述。

一、腹 壁 的 区 分

腹壁的上界为肋弓、胸骨剑突、第 12 肋及第 12 胸椎,下界为耻骨联合、耻骨结节、腹股沟韧带、髂棘与髂嵴。为确定腹部脏器在腹前壁的投影,常将腹部分为几个部分,即由最下两肋弓最低点之间和两侧髂嵴最高点之间各画一水平线,经两侧腹股沟韧带中点做两条垂直线。腹部脏器与各部分的关系(表 25-1 及图 25-1)。

表 25-1 腹壁的区分

右季肋部	上腹部	左季肋部
肝(部分) 胆囊(部分) 右肾(上部) 结肠肝区	肝(部分) 胆囊(部分) 胃体与幽门(部门) 十二指肠(部分) 胰腺(部分) 左右肾、肾上腺	肝 脾 胃 胰尾 左肾 结肠脾区
右腰部	脐部	左腰部
升结肠 回肠(部分) 右肾(下部)	胃大弯 十二指肠 横结肠 空回肠 两侧输尿管	降结肠 空肠 左肾
右髂部	下腹部	左髂部
盲肠与阑尾 回肠(末端) 右侧附件(女性)	回肠 乙状结肠 膀胱 两侧输尿管 子宫(女性)	空回肠 乙状结肠 左侧附件(女性)

二、腹壁的几个重要标志

(一)腹白线 位于腹壁正中,上起胸骨剑突下至耻骨结节,此线上宽下窄,宽处可达 2cm,时有裂隙,为白线疝的好发部位。脐在其中点,位置颇不固定,约平第 3、4 腰椎间。

(二)半月线 位于腹白线两侧腹直肌外侧缘,右侧下半常为阑尾切除术之切口入路。

(三)耻骨结节 在阴茎悬韧带上方 3cm 处。

(四)腹股沟韧带 为腹前壁之腹外斜肌移行于大腿的增厚部分,其中男性有精索通过,女性有子宫圆韧带通过。

三、腹壁的结构与层次

腹壁的厚薄因人而异,胖人肥厚,增加了触诊的困难,瘦人较薄,有时可看到某些内脏的轮廓,有利于疾病的诊断。腹壁共分 6 层。

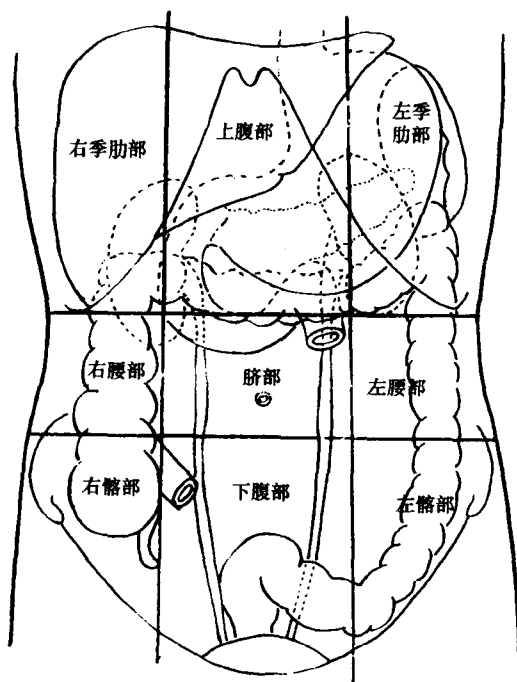


图 25-1 腹腔脏器在腹壁的投影

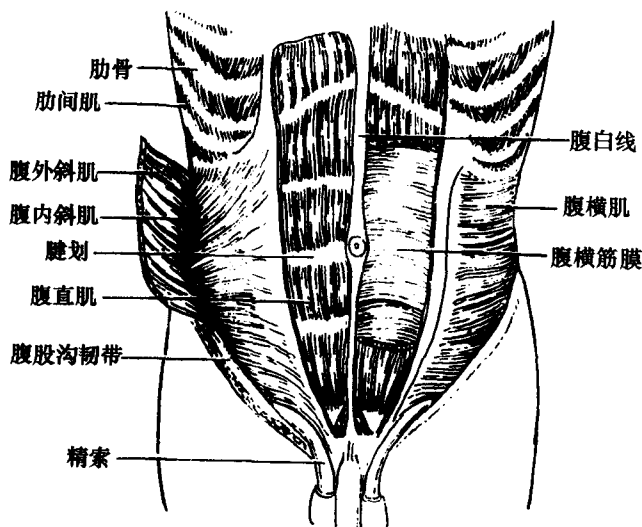


图 25-2 腹前壁肌肉

之间的腔隙为腹膜腔,腹膜腔内有少量浆液,可减少脏器活动时的磨擦。腹膜的再生能力很强,能使术后和伤后的创面很快愈合,因而在手术时,常将脏器没有腹膜的部分盖以腹膜,称为再腹膜化,以促进愈合和减少粘连。但在腹膜的修复过程中,也常因结缔组织的过度增生而形成粘连,严重时出现粘连性肠梗阻。腹膜具有丰富的毛细血管和淋巴管,故腹膜的吸收能力很强,当腹膜腔内有少量积液(血)或积气时多能被吸收。另一方面,由于吸收了炎性分泌物中的毒素也易产生中毒性症状。由于腹膜上部较下部面积大,吸收的速度较快,故对急性腹膜炎患者常采取半卧位,使积液积于吸收速度较慢的盆腔,以减轻中毒症状,此外如形成脓肿也便于引流。

四、腹壁的血管神经与淋巴

(一)腹前壁的动脉 腹前壁的动脉主要为下6对肋间动脉,4对腰动脉和腹壁上、下动脉。腹壁上动脉为胸廓内动脉的直接延续,在腹直肌鞘内腹直肌之后与腹壁下动脉吻合,在腹直肌鞘外侧缘,腹壁上、下动脉与肋间动脉的分支相连。腹壁下动脉起自髂外动脉,其体表投影相当于腹股沟韧带中、内1/3交点与脐连线,在做腹腔穿刺时要注意此点,勿损伤此动脉(图25-4)。另有外侧腹壁动脉起自旋髂深动脉。

(二)腹前壁的静脉 浅静脉很丰富,相互吻合成网,脐周更为显著。脐以上的浅静脉经胸腹壁浅静脉入腋静脉,脐以下的浅静脉则经腹壁浅静脉入大隐静脉。此外,脐周围的静脉还与深部的腹壁上、下静脉和脐旁静脉吻合,脐旁静脉行于肝圆韧带周围与门静脉相连(图25-5)。当因各种病因引起门静脉高压时,门静脉血流可经上述静脉与上、下腔静脉交通,此时可出现腹壁静脉怒张,脐部形成“海蛇头”样突起,称克-鲍综合征。

(三)腹前壁的神经 腹前壁的神经有下6对肋间神经、髂腹下神经和髂腹股沟神经,下6对肋间神经越过肋间隙前端,向下内方斜行于腹内斜肌和腹横肌之间,支配3块腹肌,以后在腹直肌鞘外侧缘的内侧,穿过鞘的后叶入鞘内,支配腹直肌后,又穿过鞘的前叶,分布于附近皮肤。其中第7~9肋间神经分布于脐以上的腹前壁皮肤,第10肋间神经分布于脐平面皮肤,第11到12肋间神经、髂腹下神经和髂腹股沟神经分布于脐以

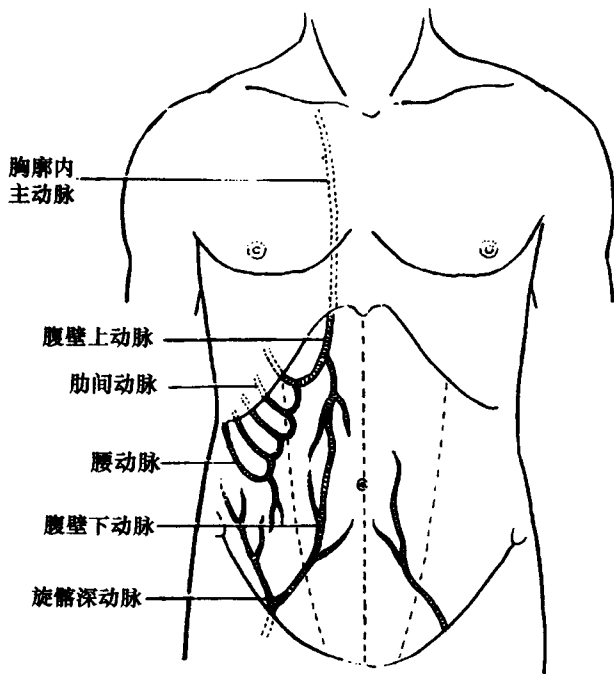


图 25-4 腹壁动脉

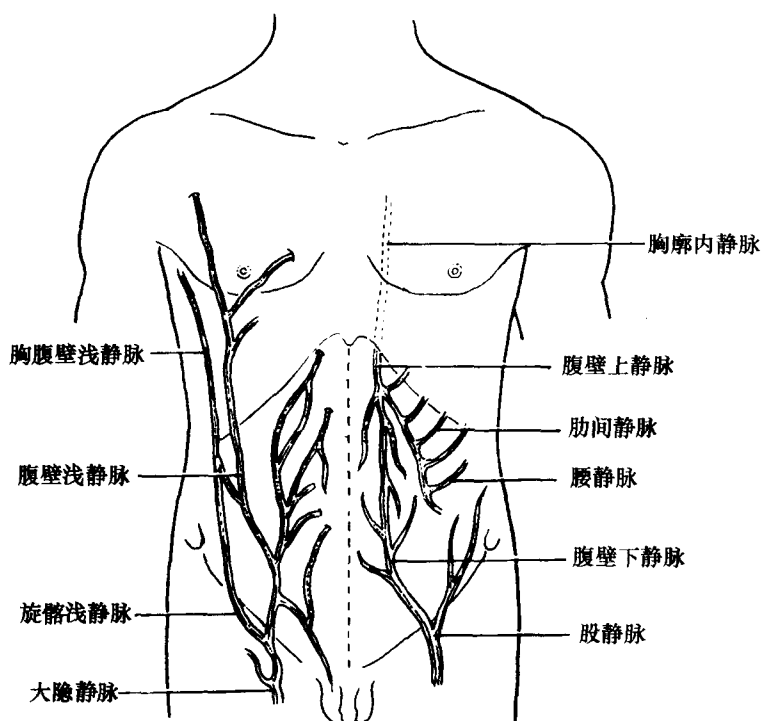


图 25-5 腹壁静脉

下的腹前壁皮肤。做腹壁切口时,要熟悉这些神经的分布情况(图 25-6),避免损伤,防止术后腹肌瘫痪和切口疝的发生。由于腹前壁的神经主要为肋间神经,故当胸椎和胸部疾病侵犯肋间神经时,可出现腹前壁疼痛,易误诊为急腹症。

下 6 对肋间神经和腰丛的分支不仅分布于腹壁的肌肉和皮肤,而且也分布到腹膜壁层。因此,腹膜壁层神经属于躯体神经,对触、痛觉的敏感性强,疼痛的定位准确,受炎症刺激后能引起腹肌的反射性收缩,即腹肌紧张。紧贴膈肌下面的腹膜壁层受膈神经支配,当此处受到刺激时,经膈神经反射作用,可引起疼痛或发生呃逆。支配腹膜脏层的神经属于植物神经,对痛觉定位差,但对牵拉、膨胀和压迫等刺激较为敏感。

(四)腹前壁的淋巴 腹前壁淋巴管可分浅深两组。

1. 浅组:位浅筋膜内和腹壁浅血管伴行,脐以下的浅淋巴管与腹壁浅血管伴行,腹股沟部和臀部浅淋巴管与旋髂浅血管伴行,均汇入腹股沟下浅淋巴结,脐以上的浅淋巴管大部分斜向外上注入腋淋巴结的胸肌组和肩胛下组,少数淋巴管终于胸骨淋巴结。肝脏的淋巴沿肝圆韧带走行至脐,与腹前壁的淋巴管相通,故肝癌的转移灶可发生在脐部,而后转移至腹股沟淋巴结。

2. 深组:与腹壁深血管伴行,主要引流腹肌的淋巴。腹前壁上部深淋巴管沿腹壁上动脉上行,终于胸骨淋巴结,腹前壁下部的深淋巴管注入髂外淋巴结。

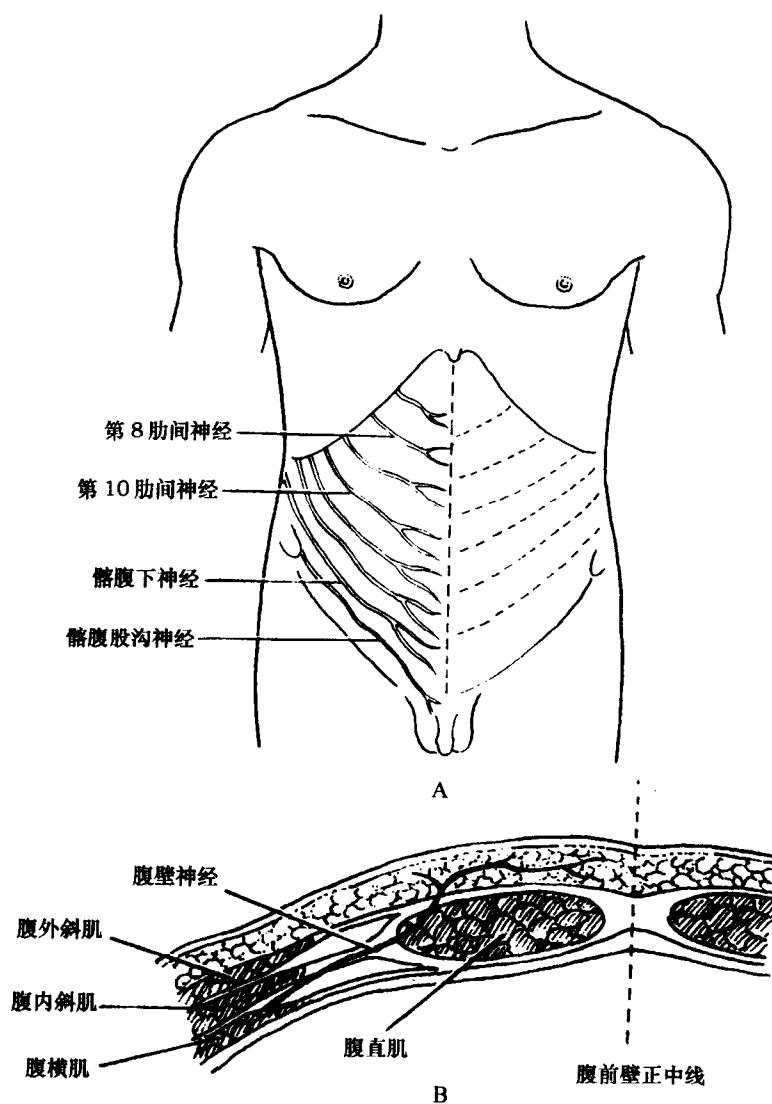


图 25-6 腹壁神经

第二节 腹 壁 疾 病

一、急 性 炎 症

腹壁急性化脓性感染,如疖、痈、蜂窝组织炎是常见的疾病,由脓毒血症形成的转移性脓肿也可发生在腹壁,其治疗原则与其他部位类同(本节从略)。

(一)新生儿皮下坏疽 这是新生儿最常见的腹壁急性炎症疾病。大多数为溶血性金黄

色葡萄状球菌感染所引起。感染来源可有以下几个方面:

1. 产妇患脓痂疹、疖、会阴不洁,医护人员鼻腔、手指、工作服的接触感染。
2. 初产妇对婴儿照顾不周,婴儿裹脐带布、绷带、尿布或衣服换洗不及时或造成创伤感染。
3. 婴儿腹部与背骶部皮肤柔嫩,容易损伤。此外,脐部感染,大小便刺激所致尿布性皮炎,亦易成为感染的门户。
4. 新生儿组织系统功能尚不健全,对外界适应力差,遇有冷、热或局部挤压等刺激均可引起局部血运障碍,使炎症易于发生及扩散。细菌也可由上呼吸道感染处经血行传到腹壁引起感染。

【临床症状】就诊多在生后 10 天左右。发病季节以夏、冬季为多。发病部位,80% 在背臀及骶尾部;其次为下腹、会阴,季肋和脐周围。初期症状为发烧及频繁哭闹,体温可达 39℃,可有轻度贫血,精神及食欲均差。严重者可出现败血症及中毒性休克征象。

局部皮肤初期发红,变硬,边缘境界不清,继之局部呈紫红色,触之有空虚感,就诊较晚者局部皮肤可出现黑色坏死区。

【治疗】早期切开引流是本病治疗的关键。手术要求消灭死腔,充分排出渗液与剪除坏死组织,并使表皮与基底重新密切贴合。不正确的诊断与消极的观察,或单独采用抗生素药物治疗会使病变扩大并带来严重后果。切开引流以多处小切口引流为妥(长 1~2cm),这样可防止创面过大延长愈合时间及因瘢痕挛缩造成脊柱畸形或影响发育。同时也要应用有效的抗生素治疗,以防败血症的发生。加强营养及补充多种维生素也是十分必要的。对病情严重的患儿可进行小量多次输血,以增强机体抵抗力,加快创口的愈合。

【预后】本病早期诊断,处理恰当、合理采用抗生素,注意患儿营养,病死率很低,但如发生败血症,则病死率较高。

(二)术后腹壁切口厌氧菌感染 早在 1897 年 Veillon 和 Zuber 开始描述厌氧菌感染,近年来由于厌氧菌培养技术的改进,厌氧菌的检出率逐步提高,开始对腹部切口厌氧菌感染引起重视。Zabransky 总结 1 223 份临床标本,厌氧菌的阳性率为 26%,国内何家亮对腹部感染 100 例进行细菌培养,厌氧菌的阳性率为 60.7%。

厌氧菌感染有如下特点:

1. 内源性:厌氧菌通常来自机体肠道内的正常菌丛,当机体内因任何原因引起组织中氧的还原电位差降低时,包括血管损伤、组织缺血、缺氧、水肿压迫、休克及异物等,以及机体抵抗力严重下降,如恶性肿瘤、糖尿病、长期应用激素和免疫抑制剂等,为厌氧菌感染提供了合适条件,体内厌氧菌即可由其原生长地扩散而引起感染。

2. 多种混合感染:国内何家亮报告的 100 例中,混合感染占 47.2%,单独厌氧菌感染占 12.4%。因此,对外科感染进行培养时,应对需氧与厌氧菌同时做培养,以不致遗漏厌氧菌感染的可能。

3. 感染的缓发性:多数厌氧菌生长缓慢,因此临床症状出现较晚,常在切口拆线后才逐渐出现感染症状,甚至有时病人出院后才发生切口感染。

4. 脓液恶臭:厌氧菌感染的脓液具有恶臭气味。

5. 产气性:多数类杆菌、消化链球菌可使组织内发生气体,皮下有捻发音。产气荚膜杆

菌则引起气性坏疽。

【症状与分型】根据症状不同可分为3类：

第1类：简单的感染，细菌未侵入深部组织，体温无大变化，无全身中毒症状，伤口轻痛，仅有少量皮下积气。

第2类：厌氧性蜂窝组织炎。细菌先侵入失去生机的组织，而后向筋膜扩散。但由于细菌不侵犯健康组织及不产生大量毒素，虽然情况比较严重，但感染有局限的可能，易于治疗。此种病人，体温可有明显波动，伤口胀痛伴皮下积气，有时可伴红、肿、热、痛等炎症表现。

第3类：气性坏疽。这类感染不只局限于失去生机的组织或筋膜中，而且能侵犯健康的肌肉组织并产生致死量毒素。发病凶险，潜伏期长短不一，短者术后6h即可发病，伤口处剧烈疼痛，非一般止痛剂所能缓解。继而伤口呈紫铜色，随着血运障碍的加深，可呈暗红或紫黑色，并出现大小不等含浆液分泌物的水泡。伤口内肌肉呈腐肉状，失去弹性，切割时不出血，伤口周围无一般化脓性感染之炎症反应，渗出液为带有腥味之洗肉汤样。由于有气性浸润，手按患部有皮下捻发感，有时可有气体自伤口逸出。严重时腹腔内形成多量气体，表现为腹胀、肠麻痹及全腹压痛。全身情况凶险，面色苍白，烦躁不安，极易疲乏，呕吐呃逆，有时狂躁谵语，体温可达39℃以上呈弛张热型。呼吸急促，脉速，神志一般清晰，晚期可发生昏迷，血压逐渐下降，出现中毒性休克。白细胞计数增高，红细胞计数降低。

【诊断与鉴别诊断】由于厌氧菌的种类较多，且培养需严格条件，要在2~3天后方能得出培养结果来，故本病之早期诊断主要依靠临床征象，伤口局部的典型表现，结合全身情况之变化。必要时可送伤口脓液镜检，如有革兰氏阳性带有荚膜的粗大杆菌，可肯定第3类诊断。

对于第1、2类型之感染应与需氧菌感染相区别。

1. 正常的术中积气：这是由于腹部手术在切开腹壁各层时，空气积存在于组织间隙中所致。常见于腹股沟疝术后1~2天，伤口周围有少量积气，但无继续扩散之势，3~4天后可自行吸收。伤口无疼痛，体温无大变化。

2. 枯草杆菌感染：枯草杆菌是一种致病力很弱的细菌，正常存在大气中，当发生此菌感染时在术后2~3天于切口处有少量积气及轻度疼痛，无全身症状。伤口渗液培养可得到证实。

3. 大肠杆菌感染：此菌常发生在下腹部手术后，术后3~4天体温中度上升，伤口红肿，引流时可见少量气泡及粘稠脓汁，伤口感染有时与腹腔相通，培养可证实。

在3类厌氧菌感染中以气性坏疽病情最为凶险，本节仅对第3类病人之治疗做一概述。

【治疗】

1. 细菌学检查：对高度可疑病例，应立即取伤口渗液作涂片镜检，如发现革兰氏阳性带有荚膜的粗大杆菌即可诊断。同时送伤口分泌物厌氧菌培养进一步定型确诊。

2. 伤口处理：一经诊断，立即处理伤口。拆线、扩创，以3%双氧水冲洗或1:5 000高锰酸钾液冲洗，冲洗后用1%双氧水糊剂外敷，每4h更换1次。

3. 抗生素应用：首选青霉素族及四环素族。

4. 全身支持疗法：注意水电质平衡及酸碱平衡紊乱，进行肾功能、心功能、肺功能的维护，必要时给予输血及静脉营养疗法。并及时给予止痛、退热及镇静等对症治疗。有条件时

可进行高压氧仓治疗以迅速提高血液及组织间的氧含量。中药可用生地、紫苑、紫花地丁、丹皮、赤芍、生栀子、甘草等凉血解毒药物。

5. 抗气性坏疽血清疗法: $3 \sim 5 \times 10^4 \text{U}$, 1 次/d, 肌肉或静脉注射。有时可引起过敏反应, 故应用时需密切观察。

6. 护理: 将病人移入单人房间, 以防交互感染。医护人员在检查与治疗病人时要穿戴隔离衣、口罩、帽子。处理伤口要带无菌手套, 患者用过的一切物品、器械、被单等均要彻底灭菌, 敷料应焚毁。处理过病人的手术间、急救室、放射科、检查室和用过的推车、轮椅也需严格消毒。

气性坏疽的预防: 此病病情凶险, 后果严重, 故预防比治疗更为重要。国内文献曾对手术室产气荚膜杆菌的分布情况抽样调查作过报告, 地面及鞋底涂抹标本阳性率占 42.9% ~ 70.6%, 这一情况必须引起外科工作者的足够重视。

1. 注意手术室环境之消毒与灭菌工作, 不合条件的手术室不能使用。手术室附近如有修建工程时, 因尘土飞扬, 环境更易被污染, 故手术室门窗应加强防护, 手术室应定期进行空气灭菌处理, 对被病人粪便污染的手术台进行彻底的清洗及灭菌后再行使用, 手术室地面应保持湿润, 防止尘埃飞扬, 室内空气应定期做细菌培养检查。

2. 外科工作人员要自觉严格遵守无菌操作。无论在何种条件下工作, 都要认真执行有关规定, 以杜绝医源性感染的发生。

3. 肠道手术前, 对病人要进行必要的肠道准备, 术中注意减少污染。

4. 对可疑病人, 及时诊断治疗, 防止对其他病人交互感染。

二、慢性炎症

(一) 腹壁结核 原发于腹壁的孤立性结核病临床上比较少见。1878 年 Gorard 首先报告此病。过去对其病因说法不一, 有人认为系原发于腹壁肌层, 有人认为与腹壁深部淋巴结结核破溃向周围肌肉、筋膜浸润有关。国内文献报道的病例, 多见于右侧腹部, 认为主要与腹壁淋巴系统丰富及右侧腹腔内发生结核感染的机会较多有关, 上腹壁结核有可能继发于胸壁结核病变, 而临床观察很少有原发于肌肉的结核病灶。

【病理】局部标本多为结核性肉芽肿或钙化性结核病变, 少数为寒性脓肿。

【临床表现】发病年龄多在 16 ~ 30 岁之间, 女性多于男性。不少病人为无意中发现腹部肿块, 一般无何明显症状。个别病人可有低烧、盗汗、倦怠与食欲不佳。肿块生长缓慢。少数病人局部微痛, 肿块多呈圆形或椭圆形, 其部位以右侧腹为多, 个别病人可在左侧腹、上腹及下腹部。肿块大小不等, 可由鸽卵至拳头大, 大多无移动性, 腹壁表皮无炎症表现, 有的可有深部波动感。当有继发感染时可有炎症反应, 个别病例可在破溃后形成窦道。全身体检往往可以在其他部位发现结核病灶, 如颈淋巴结结核、肺结核、胸膜炎、腹腔结核、泌尿生殖结核及骨结核等。要进行常规胸部 X 线检查及血沉检查, 根据具体情况做骨关节 X 线或胃肠 X 线检查。以确定腹壁结核是原发还是继发。

【诊断与鉴别诊断】

1. 要区别继发性腹壁结核, 继发性腹壁结核之脓腔多与胸腔、腹腔、脊柱、髋关节等相通, 详细检查上述部位不难作出鉴别。

2. 肿块位于右上腹者,要与肝肿瘤、肝脓肿、胆囊炎相鉴别。此时需做肝功能、AFP 化验、超声波或肝扫描检查等,必要时亦可加用胆囊造影检查。

3. 肿块位于上腹部,需与胃肠胰之肿块区别。

4. 肿块位于侧腹壁,要与泌尿生殖器肿瘤鉴别。

5. 肿块位于下腹部,如为女性,需除外妇科盆腔器官肿块。

6. 注意与腹壁其他疾病区别,必要时可局部试穿,注意脓汁之性状,有干酪样物,涂片标本白细胞以淋巴细胞为主,细菌学染色为阴性,脓汁普通培养不生长,即可确诊。B 型超声波检查可以明确病变限于腹壁或与腹腔内脏相连。

【治疗】

1. 非手术疗法:适用于早期病人及一般情况较差同时伴有多发结核病灶的病人,口服异烟肼 100mg,3 次/d,或利福平内服。肌注链霉素,1g/d,或静脉输入对氨柳酸。

2. 手术疗法:适用于全身情况良好,局部已形成脓肿者,可行病灶清除术,如病灶较小可将病灶彻底切除。脓肿较大时,可切开后撒入链霉素粉剂(注意皮试),将附近肌肉瓣填入以消灭死腔。如全身情况不佳,而局部已出现波动时,仅用局部穿刺注药法,注入链霉素或异烟肼注射液,或单纯切开将脓刮除术,术后加用抗痨治疗,一般后果良好。伤口可获二期愈合。

(二)腹壁放线菌病 腹壁放线菌感染常继发于腹腔放线菌病,临床上很少见,侵犯部位很广,误诊率高。多发生在颌面部。腹部放线菌病只占 18%~28%,可发生在任何部位,但一般以回盲部居多。又因门静脉的传染途径,肝脏发病率也较多见。因此,由放线菌感染的阑尾脓肿、肠道感染、肝脓肿,如破溃至腹壁即可形成腹壁放线菌病。

【病因与传染途径】放线菌是一种革兰阳性呈枝状丝生长的厌氧性霉菌。常潜居于龋齿或脓性扁桃体小窝中。丝状断节常被吞入消化道,消化道黏膜完整时不发病,当胃肠黏膜有溃疡时,此菌即进入周围结缔组织而形成脓肿,并向周围扩散,穿透皮肤形成窦道或多发瘻管,其分泌物中含有黄色小颗粒,系由放线菌块构成。

【临床表现】本病缺少典型的临床体征,发病过程无一定规律,并多有混合感染,所以常被误诊为慢性阑尾炎、十二指肠溃疡、结核、膈下脓肿、慢性化脓性感染或肿瘤等。在国内蔡氏报告的 18 例中,仅有 2 例术前确诊。本病之病程缓慢且有局限增殖性改变之特点,常自行穿破形成窦道,创口经久不愈,流出黄白色分泌物并含有小颗粒样物。根据此点,并在除外其他疾病后就应考虑到本病的可能。病理标本中,因其纤维组织广泛,而霉菌很少,故需观察许多切片才能作出诊断。也有病理诊断为肉瘤,但由于病灶软化,又在脓肿中发现了霉菌,使原诊断得到修正。故常规检查分泌物,涂片寻找霉菌,或局部多处切取标本进行病检是减少误诊的重要步骤。

【治疗与预后】本病为慢性消耗性疾病,病人全身情况多较差,故要及时纠正脱水、贫血及营养不良等全身改变。过去常用碘剂治疗,因其治疗机理目前尚不清楚,现已很少单独使用,采用磺胺与广谱抗生素可获更好疗效。由于本病常因粘连广泛,难以彻底切除,局部仍有再破溃之可能,故当病变由一脏器扩散到周围组织时,只要能排除恶性肿瘤之可能,仍应以药物治疗为妥。手术治疗首先适用于诊断不清需切除活检以除外恶性肿瘤者,其次对部分病例,手术治疗可使创面开放引流,改善局部厌氧条件,对抑制放线菌繁殖,减少机体对毒素的吸收,改善机体状况均有帮助。个别病变局限的病例也可用手术切除治愈。