维普资讯 http://www.cqvip.com

破强度较对照组降低，但肠管爆破处均非吻合口；镜下观察，两组动物小肠吻合口处均可见典型的肉芽，只是一组动物之小肠表现为粘膜及粘膜下水肿。因此，我们认为梗阻性黄疸对小肠吻合口愈合无明显影响，仅仅是造成小肠壁抗爆破强度降低及肠粘膜屏障的损害。

Deitch[4]认为肠道胆盐及IgA缺乏是造成小肠粘膜屏障损害的主要原因。我们在相关的实验研究中发现，经胃肠道给胆管结扎组动物补充外源性胆盐及用乳果糖灌胃对小肠粘膜有明显的保护作用。

参 考 文 献

1. Aszodi A, Ponsky JL. Effects of 5-flurouracil on the healing of bowel anastomosis in rats. Am Surg. 1985,51:671.
2. Pain JA. Perioperative complications and management of obstructive jaundice. Br J Surg,1985,72:942.
3. 王喜艳，等. 梗阻性黄疸引起胃脏组织学及组织化学改变的实验研究. 中华实验外科杂志，1992,9(增刊):115.
4. Deitch EA, et al. Obstructive jaundice promotes bacterial translocation from the gut. Am J Surg, 1990,519:79.

(收稿：1999-05-04)

阑尾切除术中三种切口的局部解剖及应用选择

王怀湘*

阑尾切除术常用右下腹麦氏切口，但对于复杂阑尾病变，可采用右下腹经腹直肌切口或右下腹腹直肌旁切口。三种手术切口，对机体组织的局部损伤、手术操作及预后有不同的结果。作者对近年来分别采用三种切口行阑尾切除术的216例患者分析如下。

一、临床资料

(一)一般资料：全组共216例，其中男164例，女52例。年龄最大69岁，最小5岁，平均24岁；临床表现：具有典型阑尾炎症状体征者129例，转移性右下腹疼痛、右下腹压痛，无反跳痛者69例，非转移性右下腹疼痛伴麦氏点压痛者18例；所有病例，外周血白细胞计数均大于10.0×10^9/L；发病至手术时间：5～72小时，平均19小时；病理类型：急性单纯性阑尾炎103例，急性化脓性阑尾炎82例，急性坏疽性阑尾炎23例，急性化脓性穿孔性阑尾炎3例，慢性阑尾炎急性发作5例。

(二)切口选择：本组采用右下腹麦氏切口171例，右下腹经腹直肌切口17例，右下腹腹直肌旁切口28例。

二、结果

全组未发生腹壁切口疝、腹腔出血、腹腔脓肿形成、肠瘘、死亡等严重并发症。采用右下腹麦氏切口组平均手术时间45分钟，术后切口感染率为1.2%(2/171)，经换药治愈，平均住院时间7.1天。采用右下腹经腹直肌切口组平均手术时间80分钟，术后切口裂开1例，经清创缝合治愈，平均住院9天。采用右下腹腹直肌旁切口组平均手术时间80分钟，术后腹前壁感觉麻木1例，平均住院7.5天。

三、讨论

(一)三种手术切口的局部解剖对比

阑尾切除术采用三种不同手术切口入路，要分离、剪开不同的肌肉、血管、神经。麦氏切口顺应肋间血管、神经走行，切开腹外斜肌腱膜、钝性分离腹内斜肌、腹横肌，横形或纵形剪开腹膜，直接显露回盲部。右下腹经腹直肌切口要切开腹直肌前鞘、纵行钝性分离腹直肌，切开腹直肌后鞘及腹膜，显露大网膜、小肠。两侧腹直肌有广泛的血管、神经交通支，术后不会造成腹直肌内侧的缺血、萎缩，术中可上下延长切口。右下腹腹直肌旁切口不需分离腹直肌，但要切断支配腹直肌的神经、血管，使肌肉外侧的血管供应、神经支配受损伤。由于两侧腹直肌外缘(半月线)内侧范围内血管、神经交通支相对较少，因此该切口不宜太长。

(二)三种手术切口对手术操作的影响及选择

经麦氏切口行阑尾切除术，对机体损伤小、操作简单、省时省力，易于显露病变。我们体会，手术通常只需2人密切配合即可，尤其适合于基层急诊手术之需。手术切口的选择不应仅局限于固定的麦氏切口。因为阑尾变异、炎症部位、病变程度的不一，阑尾位置及压痛

* 作者单位：471031 河南省洛阳市80590部队医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

点并不固定于麦氏点，而多在麦氏点周围，因此宜选择压痛最明显处作切口（近似麦氏切口），往往入腹后能直接显露阑尾，利于操作，可缩短手术时间，减少并发症。该切口手术视野小，术中延长困难，仅适用于术前诊断明确的病例。经腹直肌切口，不需游离腱划，能够迅速开腹，术中可上下延长切口，手术视野宽，但离病变部位远，操作费时费力，对机体损伤大，适用于过度肥胖患者和/或诊断不明确，需行探查手术者。我们遇到1例急性胆囊炎术前误诊为阑尾炎患者，采用该切口术中及时延长，顺利完成胆囊切除。经右下腹腹直肌旁切口手术视野宽，术中出血少，操作相对费时，手术切口延长受限。仅适宜于术前诊断明确且患者过度肥胖者。

（三）三种手术切口术后并发症对比

采用麦氏切口行阑尾切除术，顺肌纤维方向分开三层扁平肌，没有切割任何肌性或腱性纤维，切口愈合后腹壁牢固，几乎不可能发生切口疝。该切口与皮肤张力线方向并不完全一致，术中尽可能沿皮纹方向切开，可以减轻切口瘢痕形成。但由于钝性分开肌肉，应注意术后腹壁血肿的发生。经腹直肌切口术中分离了腹直肌、经腹直肌旁切口切断了支配腹直肌的血管、神经，加之患者肥胖、皮下脂肪多或诊断不明，切口延长，术后可能出现切口裂开或局部感觉麻木。此外，这两种切口方向均与皮肤张力线相垂直，手术后瘢痕亦较宽，有时会因瘢痕挛缩而影响局部功能活动。本组出现1例腹壁切口裂开，经清创缝合后治愈。我们认为，术中可靠地缝合腹膜、腹直肌前后鞘及术后常规使用腹带保护（尤其是老年患者），有利于减少切口裂开的发生。

（收稿：1999-05-17）

·个　案·

普鲁卡因加东莨菪碱在临产期的应用体会

石爱军*

普鲁卡因加东莨菪碱行子宫颈分点注射，能促进子宫颈口扩张，缩短产程，效果好、可靠、安全。现将20例第一胎头位分娩产妇应用该药与20例第一胎头位分娩产妇未用该药的产程进展分析报告如下。

普鲁卡因属短效酯类局麻药，是麻醉药中麻醉强度和毒性相对最小的药物，局部注射1～3分钟起效，作用持续30～40分钟，应用该药前常规皮试，阴性者可用，同时严防误注入血管内。东莨菪碱属抗胆碱药，有调节痉挛作用。二者合用能促进子宫颈松弛，加快宫颈扩张，从而缩短第一产程。

一、资料和方法：1. 药物剂量及用法：1%普鲁卡因8毫升加0.3毫克东莨菪碱，在宫口开大2厘米以上时行宫颈分点注射，注射时不能过深，并应反抽无回血方可推药。凡能经阴道分娩、无阴道分娩禁忌症、宫口开大2厘米以上者可使用。2. 病例收集：第一胎、胎位头位40例产妇，其中20例应用本药，另20例未用本药，对照观察。3. 药效观察：应用本药的20例产妇中，第一产程平均时间为9小时，而未用本药的20例产妇中第一产程平均时间为12小时。在应用本药的20例产妇中，活跃期用药后的活跃期平均时间为4小时，未用药的20例则为6小时。

二、讨论：通过以上临床观察证明1%普鲁卡因8毫升加0.3毫克东莨菪碱对促进产程进展效果较好，特别在活跃期时给药效果更佳。在临床用药过程中观察，若宫缩乏力时，可舌下含服米索50微克，视宫缩进展情况6小时后可重复使用米索一次。若羊膜囊突起可行人工破膜以助产程进展。在整个分娩过程中，注意观察胎心音及胎动情况，若胎心、胎动出现异常应立即吸氧，嘱产妇左侧卧位，并用10%葡萄糖500毫升加维生素C 3克静滴，若血压偏高可辅用25%硫酸镁20毫升加入10%葡萄糖500毫升中静滴。

（收稿：1999-04-08）

* 作者单位：554100　贵州省松桃县妇幼保健站