维普资讯 http://www.cqvip.com

82-83

阑尾切除术要点解析(附183例)

R656-4 R656.8

李国新* 方学军* 孙大成**

【摘 要】 目的 探讨阑尾切除术的教学要点。方法 回顾分析183例阑尾切除术的操作要点和带教经验。结果 183例均治愈,无严重手术并发症,取得了满意的治疗和教学效果。结论 阑尾切除术的操作指导应当注意以下要点的解析:1.切口与入路;2.局部解剖;3.探寻阑尾;4.阑尾系膜的处理;5.阑尾根部的处理;6.防止切口感染的方法。

【关键词】 阑尾切除术 教学

医学教育

Key point of teaching procedures of appendectomy (A report of 183 cases) *Li Guoxin, Fang Xuejun, Sun Dachen. Nanfang Hospital, Guangzhou 510515*

【Abstract】 **Objective** To sum up the key points of teaching procedures of appendectomy. **Methods** The experiences of 183 cases of appendectomy were retrospective. **Results** All patients were cured without severe complications, and the outcome of treatment and teaching was satisfactory. **Conclusions** The teaching of appendectomy should be focused on the following key points: 1. Incision; 2. Local anatomy; 3. Searching appendix; 4. Ligation of mesentery; 5. Treatment of appendix root; 6. Prevention of infection.

【Key Words】 Appendectomy Teaching

阑尾切除术是治疗阑尾炎的常用方法,也是基本的教学手术之一。一般情况下手术操作较容易,但有时也很困难,且可能出现腹内出血、肠瘘等严重并发症。自1996年以来,我们指导学生完成了阑尾切除术183例,无手术死亡,无大出血、肠瘘等并发症,切口甲级愈合170例,乙级愈合10例,丙级愈合3例,全部病人痊愈出院,取得了较好的治疗效果和教学效果。我们将阑尾切除手术操作要点解析如下。

一、切口与入路:常用的切口是麦氏切口。但阑尾切除术切口不宜固定地作在麦氏点,因为随着盲肠位置变异及阑尾指向不同,并非所有阑尾位置都固定在某一点。切口与入路宜选择在压痛最显著部位,为使愈合后瘢痕不明显,宜尽量沿皮纹方向作切口。对于过度肥胖、诊断不明确,伴有回盲部其它需同时处理的病变或估计手术复杂者,可用右下腹经腹直肌切口或腹直肌外缘直切口入路,优点为可上下延长切口,便于复杂情况的显露。

二、腹壁解剖层次与正确的操作方法:以麦氏切口为例,作切口时应让学生逐一辨认并逐层进入,皮肤、皮下采用切开的方法,腹外斜肌腱应沿纤维方向剪开,腹内斜肌则在血管钳插入撑开后以甲状腺拉钩沿肌纤维方向拉开。腹膜的切开应予以特别重视,术者和助手各用组织镊提起并交替放松,证明未镊住腹内脏器时方可切开,先切小口,弯钳夹住切开腹膜的边缘,再用剪刀沿切口方向剪开。

三、探寻阑尾:由于胚胎发育过程中中肠发育及旋转的变异导致盲肠和阑尾有很多种异位的可能,结肠反方向旋转时,盲肠在左腹;旋转后下降不够则盲肠停留在肝下;旋转后下降过低则盲肠在盆腔;盲肠过长可偏向左或达盆腔入口部;升结肠盲肠游离时可移动到腹中部,甚

* 作者单位:510515 广州第一军医大学南方医院普外科

** 外科教研室

维普资讯 http://www.cqvip.com

至左侧。即使盲肠在右下腹一般的位置，阑尾还可因为盲肠发育与盲肠位置关系有差异，大宗解剖资料表明阑尾居盲肠后内占66%，达盆腔入口占31%，在漏斗形成盲肠下的约2%，前位的仅为1%。因此术中寻找阑尾时必须掌握以下要点：1.先找盲肠，再找阑尾。盲肠的特征是有结肠袋、脂肪垂和结肠带，颜色较小肠略显灰白，找到盲肠后顺结肠带向下后寻找阑尾，阑尾根部多位于盲肠顶端的内后方。2.右髂窝未见盲肠时应依次向上、向内、向下方向探查。3.右下腹寻得结肠，壁厚且粗，脂肪垂密集，上无头下无尾，乃属冗长的乙状结肠，每费时良久找不到阑尾，应以纱块隔向左侧，重找盲肠。4.回盲部腹腔内外观未见阑尾时，以手指探查盲肠，如位于盲肠浆膜下的壁内阑尾，可触到硬索条，将盲肠浆膜切开，即可显露阑尾，如阑尾位于盲肠后、腹膜外，须切开盲肠外侧腹膜，用手指从后膜膜钝性分离，将盲肠掀起即可显露阑尾。5.手术中如遇到阑尾无明显炎症改变，与术前诊断不一致，要根据术中具体情况进行腹腔探查：①如腹腔有气体、粘液或食物残渣、胆汁性渗出液，应探查胃、十二指肠或胆囊；②如女性病人腹腔内有血性渗出液，应探查输卵管及卵巢；③如阑尾正常，腹膜也无改变，应考虑克隆病、美克尔憩室炎、肠系膜淋巴结炎等，须探查距回盲部100cm范围内的回肠。

四、阑尾系膜的处理：阑尾系膜的正确处理是阑尾切除术的关键，处理不妥可能出现严重的腹内出血并发症。阑尾动脉是回结肠动脉的终末支，多沿系膜游离侧走行，多个分支供应阑尾血液，处理阑尾动脉应在系膜根部的无血管区以血管钳穿过，上三把弯曲钳钳夹后，于远侧两钳间剪断，近心端作血管双重结扎，必要时结扎后行贯穿缝扎。我们将这种处理阑尾系膜的方法归纳为"高位、三钳、双重结扎法"，此法较紧靠阑尾分束处理系膜可能缩短手术时间，确保阑尾动脉不滑脱或回缩。另外，阑尾动脉的第一分支在阑尾根部，与盲肠后动脉有交通，所以在炎症不严重时可能见到盲肠壁上有一点状出血，最好贯穿缝合止血。对于壁内阑尾或腹膜外阑尾行逆行切除。

五、阑尾根部的处理：正确处理阑尾根部是防止术后阑尾残端炎、残端瘘的重要措施。一般于根部压窄后结扎，于结扎线以远3～5mm处切断，残端粘膜依次用右炭酸、酒精、生理盐水棉签涂擦。当阑尾根部及盲肠壁水肿不重时于盲肠浆肌层缝荷包、将已结扎的阑尾残端埋入盲肠。当阑尾根部组织感染很重或已坏死不能承受结扎或钳夹时，可不结扎阑尾残端，而将残端荷包埋入盲肠。如果感染范围更广使盲肠亦肿胀变硬，无法包埋，可仅行根部结扎，局部以肠脂垂覆盖，安置引流。

六、防止切口感染：阑尾切除属二～三类手术，切口感染率一般较一类切口高。我们体会如下操作要点可减少切口感染并发症：1.严密保护切口，切开腹膜时如有渗液需及时吸除，并将腹膜切口提起外翻，用直钳夹于布巾上以保护切口；2.关闭腹膜后，冲洗切口，可用灭滴灵冲洗；3.缝合切口时三层肌层只需缝合1～2针，皮下脂肪不厚时可不缝合浅筋膜，尽量减少缝合不仅手术快捷，还可减少异物存留；4.如皮下脂肪过厚、切口污染较重，则安置橡皮片引流。

（收稿：1998-10-31）

（上接第81页）

参考文献

1.西安医学院人体解剖学教研室．同身寸进一步的分析．西安医学院学报．1959，8(1)：4.
2.高彬，等．新疆维吾尔族手部各同身寸的测量、解剖学杂志．1995，18(2)：179.
3.巴哈尔，等．新疆维吾尔族青年同身寸长度与身高关系的研究．新疆医学院学报，1997，20(1)：1.
4.石学敏，等．实用针灸学．第1版．天津：天津科学出版社，1961，81.

（收稿：1998-11-05）