维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1996 年第 5 卷第 4 期总第 20 期

再论左侧阑尾炎的诊断及治疗

哈尔滨医科大学第一临床医学院普外科 梁德森 蒋延才 候全吉 张树才
（黑龙江哈尔滨，邮政编码 150001）

急性阑尾炎是普外科的常见病及多发症，我们所说的阑尾炎通常意义上讲是右侧的急性阑尾炎，虽然早有报道左侧阑尾炎但是仍比较罕见的，所引起的阑尾炎在诊断上往往引起误诊，对于由这种胚胎异形所引起的疾病在临床上诊断较困难，但是如果我们如能认真准确检查在术前是可以明确诊断的，我们在近几年中遇到 2 例左侧阑尾炎，经手术得到痊愈。

临床资料

患者 1，男性，年龄 40 岁，病史：脐周疼痛，周后转至左下腹部，发热、白细胞升高。查体：腹平坦，左下腹压痛，反跳痛及肌紧张，肠音减弱。

术中情况：乙状结肠位于右下腹，向上为降结肠，横结肠正常，升结肠位于左侧下连回盲部，回盲部位于左侧，阑尾位于回盲部，经手术病人痊愈。

患者 2，男性，年龄 44 岁，病史：左下腹疼痛 4 天，发热、恶心、无吐。查体：腹部平坦，未见肠型，左侧腹压痛，反跳痛及肌紧张，肠音弱。腹穿：抽出 3ml 淡黄色的脓汁。

术中发现：乙状结肠位于右侧，降结肠位左侧，脾曲位置较高、肝曲位置较低，且肝曲位置接近腹中线，升结肠斜向左侧，回盲部位于左侧，阑尾位于盲肠后位，化脓，阑尾切除，病人痊愈出院。

讨 论

在胚胎期肠发育过程中，肠管以肠系膜上动脉为轴心按逆时钟方向从左向右旋转。正常旋转完成后，升、降结肠系膜附着于后腹壁，盲肠降至右髂窝，小肠系膜从 Treits 韧带开始，由左上方斜向右下方，附着于后腹壁，如果肠旋转异常或中止于任何阶段均可造成肠旋转不良，阑尾位于腹部中线的左侧，称之为左侧阑尾。从发生学角度看阑尾可位于腹腔各处，因其易发炎，给临床诊断及鉴别诊断带来一定困难。

从发生学上探讨，左侧阑尾是由两种情况造成。

一、内脏反位或转位

这种异常是胸、腹腔内脏在左右位置上完全与正常相反。也有的学者（B. H. TOHKOB）认为，所谓内脏转位，是腹腔反位，他认为：胃与脾不在左侧而在右侧，肝与盲肠在左侧，乙状结肠却在右侧。这种异常的原因，可做以下解释，根据胃原肠肠袢及腺原基位于正中面的胚胎阶段可以推想器官回转的方向与正常相反，也就是胃的左面向后，而右面向前，幽门朝左，网膜与其他韧带的位置也因而失常。所以小网膜囊的入口向左，盲肠及乙状结肠的位置相反是决定于原肠肠袢的回转方向及中肠还入腹腔的顺序[1]。

这种畸形，内脏功能不受影响，当阑尾发炎时，可以有脐周至左下腹的转移痛，也可自觉右侧腹痛，但压痛、肌紧张及肌抵抗等体征在左下腹。胸透时，可发现右位心或肝影在左侧，有助于确定诊断。临床上要注意肝脾的方位。

二、中肠回转不良。

在广义上说，中肠回转不良可包括其回转过程中的各种异常此过程早在 1923 年由 Normon－Dott 氏描述，这类畸形包括中肠不回转、回转不完全及逆方向回转三种情况。其中任何一种畸形，均可使阑尾位于左侧。

本文二病例均属于中肠回转不良而形成因为缺乏全胃肠透视材料，难以肯定中肠回转异常之具体情况，但据已知，右半结肠完全居左，回肠末端位于左下腹，可确定为中肠回转异常。推测：胚胎过程中中肠是以逆方向（顺钟向）回转，但在进入腹腔的顺序则是正常的，这样，左半结肠完全被推挤向右侧。如果中肠不回转就进入腹腔时，盲肠及阑尾也位于左下腹，但是所有结肠均位于左侧腹腔。

马安权[2]等报告中肠回转不完全 54 例经验的论文中，经手术治疗有 45 例，术中发现阑尾位于左上腹者 3 例。

Owen－Smith 描述一例 9 岁男孩，开始左上腹痛，后转移到脐下，而两侧髂窝部均有压痛及肌抵抗，右下腹麦氏切口未发现盲肠，而术中触及包

维普资讯 http://www.cqvip.com

块在左下腹，故延长切口，从左下腹找到发炎的阑尾，予以切除，术中见回肠末端是从盲肠右侧壁进入。

移动盲肠，即盲肠活动范围过大，严重者可越中线到左下腹，此时阑尾亦随之移位，此疾病也属中肠回转不良所致。胚胎发育中中肠回转第二阶段，即盲肠下降过程中，由于下降过度，已降到右髂窝以后复又向左侧过渡回转，或因其系膜未能附着及消失三种原因而形成。这种情况，临床上不少见，而通常情况下阑尾仍在右下腹，不看做是左侧阑尾。

参考文献

1. 侯全吉. 先天性肠道畸形及其临床意义. 北方医学 1981；2.
2. 马安权，等. 先天性肠旋转不良，武汉小儿外科附刊 1964；3：149.

（收稿日期 1996－05－13）

小腿肌肉变异一少见的“副趾长屈肌”1 例

第三军医大学应用解剖及手术学教研室 邱全光 李晓林 陈维佩
（四川重庆，邮政编码 630038）

解剖资料：小腿后群的肌肉通常有 7 块，它们是：浅层有，比目鱼肌、腓肠肌、跖肌；深层的，腘肌、趾长屈肌、趾长屈肌、胫骨后肌。但作者在解剖一男性左侧小腿时却发现了一块“多余的”少见的肌肉。描述如下：成人男尸一具，该下肢总长度为 80cm，外观发育正常，未见异常的隆起。在解剖小腿时并未发现神经、骨骼、血管的变异；但在解剖小腿肌肉时发现一块肌肉位于胫骨下 1/3 至足底的内侧，该肌肉为一羽状肌，起于胫骨中、下 1/3 的交界处，以肌性纤维起于胫骨内侧骨膜缘，其在起点处宽 2cm，肌纤维从上向下斜行绕过内踝的后缘走向足底，肌腹宽 1.8cm，肌肉厚度 3mm。该肌肉从起点向下约 11cm 处即在跟骨结节与内踝之间延续为肌腱，该腱至足底与趾长屈肌肌腱伴行 6cm 后以腱性纤维与趾长屈肌腱融合。该肌肉之毗邻（分为小腿及足底部来描述）。小腿部：前部毗邻为胫骨后肌肌腱、趾长屈肌肌腱及胫骨；后部为腓肠肌、比目鱼肌及由此二肌形成的跟腱；肌肉的外侧及它的深面为胫后动、静脉、胫神经及胫骨；肌肉的内侧及浅层为皮肤、皮下。在内踝与跟骨结节连线之中点，胫后血管发出了足底内外侧动脉而形成血管弓，此血管弓在肌肉之浅面。足底部毗邻：外侧毗邻为足底方肌；内侧为胫骨后肌及趾长屈肌的肌腱。仔细解剖该标本可发现此肌肉的血管供应来源是胫后动脉、神经支配来源是胫神经。根据该肌肉起自胫骨止于趾长屈肌肌腱，因之肌肉的功能为屈 2、3、4、5 趾并内翻踝关节。

讨论：作者认为此肌肉是一先天因素发育而来，它是由胚胎时期发生中四肢骨及胫骨周围的间充质分化而形成的[1]。此肌肉发育良好，并无退行性的变化；有报告指出[2]，小腿部肌肉的变异包括肌肉的融合、肌腱的融合、肌束的重复及迷走的肌束等，它可以起自小腿的任何区域加入到小腿后群中肌肉中的任一个中去[3]。同时从文献报道的小腿肌肉变异中并无记载类似异常，由于该肌肉呈长方形，并介于胫骨与趾长屈肌之间，故作者命名为：副趾长屈肌。

参 考 文 献

1. K·L 穆尔，何泽雨译. 人体发生学，北京：人民卫生出版社 1985：300.
2. J·Parsons schaeffer. Musculature of the back of the leg. in: Morris' human anatomy, London, Mgran hiu book Compong, 1953：582.

（收稿日期：1996－05－12）