维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1995 年第 4 卷第 4 期总第 16 期

解剖异常的阑尾炎 8 例

中国华冶第二井巷医院　刘悦文　何志强　刘利钊

（河北沙河，邮政编码 054100）

在阑尾炎的手术病例中，解剖异常的阑尾炎属于特殊类型阑尾，兹将我们所遇到的 8 例报告如下：

一般资料：男性，2 例，年龄，34～62 岁；女性，6 例，年龄，18～84 岁。其中：阑尾缺如 1 例；微小阑尾 1 例；部分腹膜外位阑尾 2 例；肝下阑尾 3 例；壁内阑尾 1 例。发病时间：短时间内转移性右下腹痛～6 天，5 例；反复发作右下腹疼痛～2 年，3 例。

病例报告及分析：阑尾先天性缺如极罕见，判定阑尾缺如需十分慎重。经扩大术野，充分探查，如回盲部及周围组织有无因慢性炎症，包裹粘连，瘢痕形成，肉阜存在等改变后方可决断。

例 1. 女性，66 岁。持续性阵发性加剧右下腹痛 6 天，右下腹部症状明显。以亚急性阑尾炎行右下腹部腹直肌外缘切口探查。盲肠可提起，游离度较大，盲肠下端呈底宽球形，表面光滑。三条结肠带汇集处未见阑尾，亦无粘连，瘢痕及肉阜样突起可见，延长切口探查回盲段及系膜内均无条索状物，升结肠下段及周围组织亦无阑尾痕迹。探查盆腔时扪及一较大肿物，扩大术野见肿物呈黑紫色，表面光滑球形，质硬韧，约儿头大。系右侧卵巢肿物，蒂较长，呈 360°扭转。切除后剖开系畸胎瘤。盆腔亦未发现阑尾样组织。术后诊断阑尾缺如，卵巢畸胎瘤蒂扭转。

此例盲肠游离度大，且底宽如球，已属畸形发育生长。经充分探查，未见因炎症致粘连或瘢痕掩盖，肉阜样畸形等改变，并有卵巢畸胎瘤寄生，故判定阑尾缺如。

先天性微小阑尾罕见。反复发作的阑尾炎，可致阑尾组织坏死，吸收及纤维化变得微小而属于病理性微小阑尾。

例 2. 男性，62 岁，反复发作右下腹部痛 2 年。此次发作 2 天，呕吐 3 次，右下腹部压痛明显，反跳痛阳性。术中见阑尾微小，位置正常，根部直径约 0.3cm，尖端纤细约 0.1cm 与侧腹壁粘连，阑尾长约 2.0cm，术中判定微小阑尾，手术切除。

此例有反复发作右下腹部疼痛病史，系多次炎性浸润致坏死，吸收纤维化而阑尾微小，且尖端纤细粘连，足以说明属病理性微小阑尾。

腹膜外位阑尾分完全性与部分性。多位于盲肠后方或由于阑尾根部向后上方移位而进入腹膜外间隙形成完全或不完全性腹膜外位阑尾。感染时致盲肠后位腹膜外感染病灶，穿孔或脓肿形成或纤维瘢痕化。因位置较深，前腹部症状不甚明显，很易误诊区域性其它系统的炎症或感染，

例 3. 女性，18 岁，未婚。有反复发作右下腹部及下腰部疼痛病史。每次发作均按附件炎，泌尿系感染治疗。查体右下腹部压痛及腰大肌试验阳性。以慢性阑尾炎手术探查。术中顺利找到根部，但不能提起阑尾。盲肠游离度不大，阑尾尖端走行于盲肠后位。逆行离断根部，此时盲肠不被阑尾牵扯呈较大游离度，探查尖端穿越后腹膜进入腹膜外间隙。提起阑尾体部切开后腹膜，分离尖端周围粘连切除阑尾。阑尾尖端粗大瘢痕化。术后诊断慢性阑尾炎，盲肠后位，部分腹膜外型。

此型 2 例，均为未婚女性，因有反复发作右下腹痛，腰痛病史，一直按附件炎，泌尿系感染治疗。术中见阑尾属盲肠后位，部分腹膜外型，尖端因多次反复炎症刺激致与周围组织粘连而瘢痕化。

肝下阑尾亦称高位阑尾。先天性盲肠位置异常可居于肝下方，游动盲肠因活动度大可移于肝下，致使阑尾位置较高易误诊。

此型 3 例，均为高龄女性，年龄 72～84 岁。均有短时间内转移性右下腹痛，腹部压痛以右下腹部及右侧胁旁为主。结合病史及辅助检查，除外其它急腹症，诊断阑尾炎行右侧腹直肌外缘切口进腹探查，右下腹均未见盲肠，又非左位阑尾，向上延长切口，于肝下找到盲肠，游离度大，阑尾呈急性炎症，顺利切除。

此 3 例均为游动盲肠，因腹痛及硬膜外麻醉改变体位致盲肠移位而于肝下找到阑尾，是应考

维普资讯 http://www.cqvip.com

虑的因素，另作者体会，女性患者既或已明确阑尾炎的诊断，手术时也以右下腹部腹直肌外缘切口为宜，这样无论脐上或盆腔发现病灶，便于向两端延长切口。

阑尾位于盲肠或回肠，系膜内称壁内阑尾，表面有浆膜覆盖或藏于肌层内，多能以手指触摸到条索状物而诊断。

例 4. 男性，34 岁，术前急性阑尾炎临床表现明显。术中顺利找到盲肠，但盲肠端光滑，未发现阑尾。以手指触摸，位于结肠带汇集处盲肠壁内有一硬条状物，长约 6cm，并呈结节状。于结肠带外侧缘盲肠处切开浆膜层及肌层分离，即见阑尾，游离出后切除，阑尾腔内 3 枚粪石填塞。

此例急性阑尾炎症状明显，但术中盲肠端结肠带集合处未见活动的阑尾，而位于盲肠壁内藏于肌层。此例提示遇有此种情况，应仔细探查，有助于发现此类异常的阑尾。

（收稿日期：1995—01—16）

改进胆囊手术腹腔引流 30 例体会

西南铝加工厂职工医院外二科　张祯儒

（四川重庆，邮政编码 631326）

在单纯胆囊切除术后的腹腔引流，过去我们常在右上腹中戳孔引出，拔出引流后此口多在手术切口拆线后数日自行愈合，病人常认为手术是两个口，若直接从切口引出，又常影响切口愈合。从 1991 年 5 月至 1993 年 9 月，我们对部分胆囊切除术的腹腔引流稍加改进谈体会。

手术方法：备普通洋氏引流一根，内置 10～14 号尿管一根，两管前端另剪数个侧孔，关腹前牵平腹膜肌层，距切口约 5cm 选其下方一侧以中弯钳戳孔通引流，常规缝合腹膜肌层后引流在皮下皮肤时从切口引出，在引流处必要时备缝一针，拔除后结扎。

体会：

一、引流在腹膜肌层不经切口，这样不影响切口愈合，而从皮下开始又从切口引出在腹壁不另切引流口。

二、洋氏引流内置尿管，尿管作支架，避免打折，受压引流效果不佳等缺点，又免香烟引流太粗缺点。

三、内置尿管万一出现胆漏等可冲洗或负压吸引。

30 例临床应用体会满意。

（收稿日期：1995—05—13）

利用脉搏氧饱和度仪监测股动脉损伤病人的下肢循环

浙江绍兴二院麻醉科　周金萍

（浙江绍兴，邮政编码 312000）

脉搏氧饱和度（SPO_2）仪已经广泛应用于临床，尤其在麻醉工作中已作为一种必不可少的监测手段，它能迅速，准确地显示出脉搏及血氧饱和度，我们新近将它用于下肢股动脉损伤病人的循环监测，现作一简要报道。

临床资料：例 1. 患者，男，36 岁，因被刀刺伤右腹股沟部出血不止急诊入手术室。体检：神志清，BP11/6KPa，P96bpm，R16bpm，指端血氧饱和度 98%（美国产 508 天创多功能监护仪监测）。足底，足趾有暗红色紫斑，足背动脉摸不清。全麻下手术，术中发现右股动脉前壁离腹股沟韧带 3cm 处有一 2cm 纵形裂口，呈搏动性出血，阻断近心端作裂口修补，修补处搏动良好。检查下肢发现足底及足趾紫斑改善不明显，四人摸足背动脉意见不一致，其中二人说能摸到搏动而另外二人说摸不到，而健侧足背动脉搏动良好，将 SPO_2 仪