维普资讯 http://www.cqvip.com

31-32 阑尾畸形；阑尾；

7017(16)

局解手术学杂志 1993 年第 2 卷第 2 期总第 6 期

我国阑尾重复畸形 82 例分析

南京市第一医院外科 郑裕隆 赵乾元
（江苏南京，邮政编码 210006）

R656.5

先天性阑尾重复畸形临床及尸检均罕见，其类型繁多、术前难以确诊、易误诊漏诊、本文就国内文献作综合分析。

一、发生率 Collins[1]在 71,000 例阑尾标本中仅发现阑尾重复畸形 2 例，占 0.003%，贾健[2]报告在 12,000 例阑尾中占 0.008%，郑泽霖[3]报告 10,001 例阑尾中占 0.04%，徐金木[4]在 1657 例阑尾中占 0.24%、我院在 29,934 例阑尾中也发现双阑尾 2 例，占 0.007%。综合文献迄今国外约有 60 余例，国内已报道 82 例。

二、类型及临床意义 阑尾重复畸形属消化道重复范畴、Ladd 和 Gross 指出其标准为：畸形肠管与正常肠管相通或部分附着；管壁内含平滑肌层；肠管内壁或囊腔内壁被覆消化道上皮组织。阑尾重复畸形种类繁杂，新的变异不断出现，至今尚无完整分类，根据阑尾重复的形态学变异、解剖学特点、组织胚胎学原理，可分为下列类型：

1、阑尾部分重复畸形 在单一盲肠基部具有部分阑尾的重复畸形，主要形式有两种：①分叉型 部分阑尾呈分叉畸形，包括阑尾近端及基部分叉，远端融合，盲肠有 2～3 个开口；阑尾远端分叉，中近端融合，盲肠仅一个开口；阑尾中部与远端分叉、近端融合，盲肠一个开口；阑尾近端及远端融合，中部分叉。②多腔型 一阑尾具 2～3 腔，包括一阑尾具有共同的或大部浆膜层及纵肌层，但有各自的环肌及粘膜层，形成双或三腔；或 2～3 个阑尾被包裹于共同浆膜，肌层或粘膜下层，形成双（三）腔阑尾，腔间仅间隔粘膜或肌层，肌层也可互相移行，各有盲端，各自开口于盲肠，双（三）腔可完全分开，互不相通，也可部分融合，部分贯通，也可中部双腔，近远端融合，双（三）腔可等长或不等长，腔隙大小不一，双（三）腔阑尾组织结构中主阑尾可接近正常，而其邻近阑尾发育常较差，腺体少而小，肌层残缺，粘膜无淋巴滤泡，或两个阑尾结构均异常。

据国内报道此型共 15 例，占 18.3%，其中分叉阑尾 10 例，计远端分叉、中近端融合 4 例；中远端分叉、近端融合 1 例；基部及近端分叉、中远端融合 3 例；基部及中近端分叉、远端融合 2 例；多（二或三）腔阑尾 5 例，计双腔阑尾 2 例；中部双腔、近远端融合 1 例；三腔阑尾 2 例。

此型阑尾分叉位于中远端或多腔阑尾均可按常规作阑尾切除术，近端阑尾分叉并基部间距相近、或多腔阑尾基部粗大者可以双阑尾基部为中心、作盲肠壁楔形切除或全阑尾切除术。一般手术中多数不会贻误或遗漏，但若阑尾分叉畸形之一，因炎症较剧，粘连显著，解剖不清、则可残留、形成肠瘘或窦创，故术中务必仔细检查阑尾及盲肠周围组织，以防漏留。多腔阑尾常较粗大，其外观仍为一条阑尾，按常规切除不会贻误，但不作病检就难以证实，故所有切除的阑尾均应作常规病检。

2、袢状阑尾 阑尾远端或中部与盲（结）肠形成袢状勾通，多数为单袢和马蹄状、阑尾无盲端、基部分别于任一结肠带或其中一条在聚集点与盲肠相通，盲肠上有二个开口，也可与其他部位结肠或小肠勾通，系膜呈扇形展开，

此型国内报道 9 例、占 11%，均单袢，除 1 例与乙状结肠勾通外，均与盲肠通连，此型在阑尾手术时可沿阑尾行径分离，追踪至另一深埋于盲（结）肠壁内的基部，应分别处理，若遗漏其一可发生肠瘘，袢间距离相近者可作盲肠壁楔形切除术。

3、双（多）阑尾畸形[5] 在单一盲肠基部有 2～3 条源自不同部位的完整阑尾，少数发自盲肠其他部位或升结肠，可位于结肠带或不在结肠带上，或一在结肠带内，一在带外。多数不对称，少数对称。盲肠或结肠开口多为二个，少数三个，也有仅 1 个、阑尾远端可指向不同方向，系膜可残缺，甚至居腹膜后，双（多）阑尾的位置、形态、大小、长短多变，其间距多为 1～2cm，据国内 20 例统计，阑尾基部间距自 0.5～10cm 不等，平均 2.1cm，其中 1cm 以内 5 例，1～2cm10 例，2～3cm3 例，5～10cm2 例。

此型变异较多，我院曾收治 1 例罕见阑尾内

维普资讯 http://www.cqvip.com

阑尾重复畸形，于盲肠基部结肠带汇集处见一阑尾居另一阑尾内，外阑尾长 8cm，直径 2cm，内阑尾长 7cm，直径 0.7cm，中腔近闭塞，两条阑尾均有盲端，病检均示急性蜂窝组织炎及周围炎，并均具阑尾全层组织结构。双（多）阑尾畸形最常见，国内共报道 50 例，占 61%，其中双阑尾 45 例，阑尾内阑尾 1 例，阑尾旁单样阑尾 1 例[6]，三阑尾 2 例，三阑尾均同一阑尾根部 1 例[7]。

双（多）阑尾畸形易病变，双或三阑尾几乎同时发病，据国内 36 例病检报告，双（三）阑尾均有炎症者 31 例，占 86.1%，并以急性炎为主；一阑尾炎症，另一正常者 4 例，占 11.1%；双阑尾均正常 1 例，占 2.8%。此类畸形，若阑尾根部间距较小，则术中不难发现另 1～2 条阑尾，若间距较大，位置变异，炎症粘连，被周围组织遮盖，或术中疏于检查，则可能仅切除其一，遗留另 1～2 条阑尾，致一条有或无病变的阑尾被切除，而遗留病变阑尾引起严重后果，即使遗留阑尾无病变，日后炎症再作，必使诊治困难。我院一例阑尾切除术后遗留窦创经久不愈，经再次手术方证实另一阑尾之存在，胡佑华报告一例阑尾切除术后 12 年方发现另一阑尾，故术中应仔细检查盲肠及升结肠周围组织以免遗漏。阑尾术后窦创有多种原因，但应排除阑尾重复畸形，若内脏反位，肠旋转不良，结肠沉降不全或游离盲肠，则重复阑尾位置变异甚大，更应注意检查。

4. 双盲（结）肠双阑尾畸形　全结肠或部分结肠、盲肠、回盲部重复畸形可合并双阑尾，可呈肠外双管型或肠内双管型均少见。此型常伴其他内脏畸形，国内报道 8 例，占 9.7%，其中肠外双管型 4 例，肠内双管型（阑尾呈双腔型）4 例。术中由于双盲（结）肠之存在，不难发现双阑尾畸形，可按重复肠管处理，切除多余之盲（结）肠及重复阑尾。

阑尾重复畸形可仅限于阑尾，也可伴或不伴消化道或其他内脏畸形。重复之阑尾极易引起感染，发生急慢性炎，国内病例除未病检及不明者外，90%的阑尾呈各种炎症，并以急性炎为主。

此症以男性，年青患者居多，国内病例中男性 41 例，女性 24 例，其余不明，年龄自出生后 9 小时至 72 岁，平均 28.2 岁。多因阑尾急性炎而被发现，少数在腹部其他疾患手术中偶见，术前几无法判断及确诊。

参考文献

1. Collins DC. 71,000 Human appendix specimens a final report summarizing of forty years study. Amer J Proctol 1963; 14 (6): 365.
2. 胡佑华，等. 双阑尾畸形 2 例报告，实用外科杂志 1991; 11 (1): 40.
3. 郑泽霖，等. 先天性阑尾畸形（附 17 例报告），吉林医学 1983; 4 (6): 23.
4. 徐金木等. 先天性阑尾畸形，中国临床解剖学杂志 1986; 6 (1): 49.
5. Cave AJE. Appendix vermiforms duplex J Anat 1936; 70, 283.
6. 毛宾尧. 双阑尾一例报告，山东医药 1976; (2): 46.
7. 彭浩. 阑尾畸形一例，中原医刊 1990; (4): 16.

异位阑尾 1 例并文献复习

解放军 80590 部队医院　王怀湘

（河南洛阳，邮政编码 471031）

阑尾切除术是腹部外科的基本手术之一。手术的顺利进行，依赖于术者对阑尾正常解剖及变异的熟练掌握。阑尾变异[1,2,3]会增加手术的难度，甚至使手术失败。作者报告 1 例单纯结肠转位伴左下腹阑尾，并结合文献复习阑尾变异的特点，以提高对阑尾变异的认识。

临床病例：患者男，43 岁，因患膀胱直肠瘘，行结肠造瘘术，左下腹切口入腹，顺结肠带发现盲肠及阑尾。全腹探查发现降结肠、乙状结肠位于右侧，肝、胆、脾、胃位置正常。术前心电图、胸透心脏位置、形态正常，考虑阑尾位置变异。切除阑尾，于右下腹切口行乙状结肠造瘘术。术后患者无不适。病理报告为正常阑尾组织。

讨论：1. 阑尾变异：阑尾变异分为阑尾位置变异、形态变异、数目变异。可出现其中的 1 项或 2 项，甚至 3 项变异，阑尾变异多不影响其功能。