维普资讯 http://www.cqvip.com

一、资料和方法

本组资料共15例16眼，其中男10例10眼，女5例6眼，年龄2～75岁，平均51.8岁。

青光眼类型：新生血管性青光眼2眼、葡萄膜炎性青光眼1眼、外伤性青光眼3眼，先天性青光眼2例3眼、滤过手术失败的青光眼5眼、无晶体性青光眼2眼。术前平均眼压6.25千帕(46.86mmHg)。

手术方法：全部手术均在显微镜下进行，做以穹窿为基底的结膜瓣，做一8×5mm的巩膜瓣，深达巩膜厚度的1/2、做后巩膜咬切后做虹膜根部切除，把一片5×3mm大小，厚0.1mm的硅胶片置入巩膜瓣下，硅胶应在巩膜瓣的中央，前端紧贴角膜缘，用10-0美国进口缝线结节缝合巩膜瓣，在巩膜瓣的两边各缝合一针，线头埋入组织内，然后缝合结膜瓣结束手术。

二、结果

术后随访5～12个月，平均8.45月，术后平均眼压1.94千帕(14.57mmHg)，其中眼压≤2.74千帕(21mmHg)者15眼(93.8%)，一只眼的眼压为3.73千帕(28.03mmHg)(6.2%)，加用抗青光眼药物眼压可控制在2.74千帕左右。

并发症：术后一眼出现浅前房。治疗5天后前房恢复正常。前房出血2眼，3天后全部吸收，随访过程，未见硅胶片脱出。

三、讨论

滤过手术的目的是把房水引流到球结膜下，通过这些组织把房水缓慢吸收，达到控制眼压的目的。因各种原因把引流口阻塞均可导致手术的失败。难治性青光眼之所以难治，不仅仅是眼局部病情复杂，更主要的是在这些患眼常难以建立有效的滤过通道，其中最主要的原因是滤过手术部位的瘢痕形成。

巩膜层间填充硅胶片治疗青光眼的机理：巩膜层间填充硅胶片后，硅胶片与巩膜组织或其下的虹膜睫状体组织是不会愈合在一起的，两层巩膜之间因硅胶片的存在而始终保持一个腔隙，这腔隙在下方通过后层巩膜咬切口和前房沟通，房水不断地流向这个腔隙，通过硅胶片四周，房水不断外流渗到球结膜下组织，眼压便得到控制。

此术式的优点是：操作简单，并发症少，且极大的提高了手术的成功率，应用范围广，很具有推广价值，是一种良好的术式。

参 考 文 献

1. 邓奋刚. 巩膜层间填充硅胶片治疗难治性青光眼. 中国实用眼科杂志，1997，6：367.
2. 任泽钦综述. 顽固性青光眼引流物植入物的手术治疗. 国外医学眼科分册，1996，20：69.
3. 邹燕红综述. 青光眼发病机制与抗青光眼药物的进展. 国外医学眼科分册，1998，22：65.

(收稿：1999-03-22)

207-208 肝下 急性 阑尾炎 治疗 R656.805

6例肝下急性阑尾炎的诊断和治疗

赵铁军* 周鸿昌 王雪梅* 邢庆春* 阎 勇* 周庆贤*

阑尾附着于盲肠，通常位于右下腹，但亦可见到变异，肝下阑尾即为一种变异，据统计，肝下阑尾的发病率很低[1]，本中心5年间共行阑尾切除术786例，其中肝下阑尾6例，约0.76%。在此将这6例肝下急性阑尾炎的诊断和治疗作一报道。

一、临床资料

1993年12月～1998年12月，本中心共收治6例肝下急性阑尾炎，资料见附表。6例患者血液白细胞均大于10.0×10^9/L；至手术时病程8～56小时，平均30.8小时；5例入院后立即行急诊手术，1例观察24小时后手术；3例采用麦氏切口，另3例为经右腹直肌探查切口，术中均延长了切口，平均15.4cm；术中发现阑尾位于肝下，整个结肠顺时针转位。盲肠后阑尾1例，盲肠下(尖位于右下腹)2例，盲肠内(尖向内上)3例；手术时间1.5～4.5小时，平均2.8小时。

* 作者单位：610083 成都军区总医院全军普通外科中心

维普资讯 http://www.cqvip.com

附表 临床资料

编号	性别	年龄	症状	体征
1	男	36	转移性右上腹痛	右上腹压痛++右下腹压痛+
2	男	42	转移性右腹痛	右上腹压痛+右下腹压痛+
3	男	33	右下腹痛++右上腹痛+	右上腹压痛+右下腹压痛++
4	男	27	转移性上腹痛	右上腹压痛
5	男	45	右下腹痛	右上腹压痛+右下腹压痛++
6	女	24	转移性右上腹痛	右上腹压痛

二、结果和讨论

(一)肝下阑尾发生的胚胎学基础

胚胎在发育6～10周时，中肠袢迅速生长，并逆时针转向(腹侧观)，阑尾随盲肠降至右髂窝[2]。在这期间，若受到某种因素影响，致使其转位不全，阑尾即停滞于肝下。

(二)诊断与鉴别诊断

肝下阑尾炎，诊断和手术均较困难。多数肝下阑尾炎有转移性腹痛，这是与这个部位其它组织炎症区别的最具特异性的症状。与肝下急性阑尾炎容易混淆的疾病有急性胆囊炎，上消化道溃疡穿孔等。这些疾病多有反复发作和与饮食有关的病史，若辅以X线，B超，内窥镜等检查，均不难诊断。从我们收治的6例来看，有5例入院后立即明确诊断，有1例尽管观察了24小时，但在术前还是作出了诊断。

从6例患者的症状来看，阑尾虽位于肝下，但仍有右下腹痛，可能因为：1. 内脏神经和腹膜神经的放射痛；2. 阑尾为盲肠下位，阑尾尖部炎症刺激了腹膜神经。由此，我们在诊断时，除与单纯的其它组织炎症或穿孔鉴别外，还应注意是否合并其它组织炎性病变或穿孔。我们认为，详尽的病史询问，仔细的体格检查及必要准确的辅助检查是正确诊断的关键。

(三)手术切除

从临床资料看，6例患者在术中均延长了切口，手术时间亦较一般阑尾切除术长。手术治疗肝下阑尾炎关键在于切口选择和阑尾寻找。1. 切口选择。根据体会，诊断阑尾炎时，若腹痛并不局限于右下腹，查体腹部压痛点也不限于麦氏点，手术时应尽量选择腹直肌探查切口，以便需要时容易延长，切口作在压痛最明显处。2. 阑尾寻找。因整个结肠向左转位，进腹后，显露于右下腹的结肠是较为游离的乙状结肠，若按常规，沿结肠带寻找阑尾往往是徒劳的。沿回肠寻找，因受切口显露范围的限制，亦较困难。盲肠升结肠为腹膜间位脏器，正常者位于右髂窝及右结肠旁沟内，在向后腹膜移行过程中突出于后腹膜。所以在阑尾切除术中，以此为标记，用手沿右髂窝及右结肠旁沟向上探查，探及的突出物体即为盲肠。肝下阑尾因盲肠位置高，在右侧常常探不到突出物，这时就应果断将切口向上延长，至显露出盲肠及阑尾，然后常规切除阑尾。手术中应注意探查有无其它组织器官的炎性病变或穿孔，若有，则作相应处理。

参 考 文 献

1. Sabiston D C. Textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice. London: WB Saunders Company. 12th ed. 1981, 1048～1064.
2. 成令忠. 组织学与胚胎学. 北京：人民卫生出版社，第3版. 1993, 237～282.

(收稿：1998-12-14)