维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1997 年第 6 卷第 1 期总第 21 期

经麦氏切口做阑尾切除 150 例谈阑尾炎的腹部体征与手术切口选择

广州医学院附属二院外科 龚连梅

（广东广州，邮政编码 510260）

阑尾炎最重要的腹部体征是右下腹固定压痛。压痛的具体部位大多在麦氏点，但亦有病人表现在麦氏点下方和麦氏点周围其它部位的固定压痛。在行阑尾切除术时，正确选择手术切口是手术顺利施行的重要步骤。近年来大多人主张在右下腹压痛最明显的部位做斜切口或横切口。作者自 1993 年 9 月至 1994 年 10 月共收治阑尾炎病人 150 例，均采用麦氏切口做阑尾切除术，效果良好，现报告如下。

临床资料

一、一般资料：男 86 例，女 64 例，年龄 11～69 岁，平均年龄 33 岁。术前诊断慢性阑尾炎 5 例，慢性阑尾炎急性发作 21 例，急性阑尾炎 124 例。

二、腹部体征：麦氏点压痛 97 例，麦氏点下方压痛 38 例，麦氏点周围其它部位压痛 15 例。

三、切口：手术均采用麦氏切口，切口长 5～8cm，150 例病人中有 22 例在手术中将切口向上或向下延长 1～2cm，2 例向下延长至腹直肌外缘。

四、出院诊断：慢性阑尾炎 4 例、慢性阑尾炎急性发作 13 例、急性单纯性阑尾炎 58 例、急性化脓性阑尾炎 42 例、急性坏疽性阑尾炎和阑尾穿孔 21 例、阑尾周围脓肿 10 例、黄体破裂并发急性单纯性阑尾炎 2 例。

五、手术中见：腹腔有积液者 87 例，其中有 50ml 以上脓性积液者 19 例，血性积液 2 例。

讨 论

一、阑尾炎病人腹部压痛的临床意义：根据术前体检和手术中观察，我们对 150 例病人的腹部体征和术中所见进行了统计和分析。分析结果表明，腹部压痛的部位受多种因素影响。主要有：盲肠的位置和游离度，阑尾在盲肠壁的位置，阑尾炎症的部位，阑尾周围组织的感觉范围，腹腔积液的量和扩散范围等，这些因素相互交错，表现出腹部压痛的部位和压痛范围各不相同。临床观察发现，腹腔内感染最严重的部位是腹部压痛最明显的部位。而阑尾炎病人病情发展到一定阶段，感染最严重的部位不一定是阑尾本身。就阑尾本身而言，其感染部位也不尽相同。多数病人阑尾体、尾部炎症最明显，而个别病人只在阑尾根部化脓或穿孔。因此它们表现在腹部的压痛点也有一定差距。

二、麦氏切口是阑尾切除术最理想的手术切口：根据我们的体会，在阑尾切除术中，最重要的环节是结扎阑尾动脉和处理阑尾残端。所以充分显露阑尾根部是手术成功的关键。我们在 150 例阑尾切除术中观察到，病人的盲肠均位于右下腹。由于阑尾根部在盲肠的位置相对固定，沿升结肠带向下提起盲肠均可找到阑尾。做麦氏切口，或将其向上下稍加延长均能较满意的显露盲肠和阑尾根部。因此，我们认为诊断为阑尾炎的病人，术前体检有明显右下腹压痛者，均应采用麦氏切口。经麦氏切口做阑尾切除术最常遇到的困难是阑尾长且尖端粘连在远距切口的部位。对于这种情况我们应逆行切除阑尾，在阑尾系膜的近段结扎并切断阑尾动脉，减少或阻断阑尾远端血供，再用止血钳或组织剪深入腹腔从浆膜下剥离出阑尾。另一种较难处理的情况是阑尾与其周围组织广泛粘连，寻找和切除阑尾都很困难。对此我们尽可能靠近盲肠分离粘连，沿盲肠壁找到阑尾根部。在分离阑尾的同时结扎并切断它与周围组织之间的粘连。必要时阑尾远端做浆膜下剥离。手术尽可能少触动周围的（下转 42 页）

维普资讯 http://www.cqvip.com

常，因哭闹、呕吐、腹胀，停止排便 3 天就诊，以肠套叠收入院。查体：急性病容，脱水貌。心肺听诊正常。腹膨隆，可见肠型及蠕动波，肌紧张明显，右下腹可及 6cm 团块，肠鸣亢进。血常规：WBC7.2×10⁹/L，N0.86%、L0.14%。X 片提示小肠机械性梗阻。术前诊断：肠套叠。

手术中见：小肠肠管之间及肠管与系膜之间散在多处粘连，回肠末段约 15cm 肠管被粘连索带压迫成团状，致肠梗阻。梗阻以上肠管扩张，肠腔内积气积液明显。腹内其余脏器未见异常。术中切除粘连带，解除梗阻。术后一周出院。术后诊断：先天性粘连性肠梗阻。

病例 3. 男，53 岁，农民。因腹痛，呕吐，停止排气排便 5 天就诊，以肠梗阻收入院。既往体健。半年前偶有下腹部隐痛病史，未予诊治。否认手术、外伤等病史。查体：急性病容，脱水貌。心肺听诊正常。腹膨隆，全腹压痛、反跳痛及肌紧张明显，以下腹部为重。肝脾未及，未触及包块，肠鸣亢进，可闻高调肠鸣音。腹穿：血性腹水，涂片：脓球＋＋＋，红血细胞＋－＋。X 片提示小肠机械性梗阻。

手术中见：腹后壁第 4 腰椎处见 5cm 回肠段明显狭窄，近端形成锐角致肠梗阻。梗阻以上肠管扩张，直径约 7cm，近端肠管空虚，直径约 2.5cm，距回盲部 60cm。狭窄肠段两端不能通过成人拇指，约成人食指大，肠管壁质软，肠腔内无异常。该肠段系膜较正常处短 1/2，与肠管共同固定于腹后壁。腹内其余脏器未见异常。术中行狭穿肠段近、远端侧侧吻合术。术后一周出院。术后诊断：先天性回肠段狭窄并梗阻。

讨论：因先天因素致肠梗阻，临床上较少见，在术前分析梗阻原因时，往往先考虑常见因素，因而在病例 1 与病例 2 中，术前均考虑为肠套叠。在病例 3 中，曾一度考虑为不典型慢性阑尾炎致粘连性肠梗阻或憩室并梗阻，以致术前诊断与术中不符。

（收稿日期：1996—06—27）

肩锁关节半脱位 2 例手术体会

辽宁省鞍山市振东金属结厂职工医院　徐秀玲　张　翎

（辽宁鞍山，邮政编码 114000）

资料与方法：本组 2 例，均为男性的右侧。年龄 30～35 岁。撞伤 1 例，挫伤 1 例。受伤时间系伤后 3 天～5 天。全部患者均诉患侧肩部疼痛剧烈，活动受限，查体：患肩肿胀明显，局部触压痛明显，局部失去膨隆外形，三角肌部塌陷，触之有空虚感，肩峰显著突出，呈方肩畸形，搭肩试验呈阳性。X 线片见肩锁关节半脱位。

手术方法：高位臂丛麻醉下，于锁骨肩峰端与肩峰处行弧形切口延伸过肩部，切开皮肤直达肩锁韧带、喙锁韧带，见已完全离断，喙肩韧带正常，将其分离和切开肩锁关节囊前壁，显露肩锁关节，见肩峰向前脱位，将肩峰送回关节腔内，在肩峰处做交叉克氏针穿过其肩峰穿入锁骨 3cm，缝合肩锁关节囊的前壁，将肩锁韧带、喙锁韧带修补缝合。术后肘关节屈曲 90 度位 3 周，除去克氏针 3 天后进行肩关节的功能锻炼。本组 2 例在术后 4 周内，肩锁关节恢复正常，X 线片示肩锁关节位置正常。共随访 2～8 个月，2 例患者肩锁关节运动全部恢复正常，无再次脱位。

讨论：肩锁关节是肩胛骨的肩峰与锁骨肩峰端构成的微动关节，它是由肩锁韧带、喙锁韧带、喙肩韧带所连结。当因外伤引起肩锁关节半脱位时，肩锁韧带、喙锁韧带断裂，会出现患侧上肢活动受限，局部组织挫伤肿胀。作者认为当肩锁关节半脱位。韧带损伤，必须手术治疗。修复损伤的韧带，并在直视下将肩峰准确复位，用交叉克氏针内固定，避免闭合复位对韧带的进一步损害。

肩锁关节复位、韧带修补术的切口应在肩锁关节的上方。当肩峰复位后，应在直视下缝合关节囊，而韧带修补术是必要的，因其既可使肩锁关节复位，又能恢复喙肩韧带、喙锁韧带、肩锁韧带原有解剖连续性和生物力学特性。

（收稿日期：1996－07－09）

（上接第 19 页）炎性组织。在 150 例阑尾炎病人中有 2 例系黄体破裂合并急性单纯性阑尾炎，经麦氏切口切除阑尾后将原切口向下延长至腹直肌外缘，顺利清除腹腔积血，结扎出血点。

参 考 文 献 略

（收稿日期：1996－06－18）