维普资讯 http://www.cqvip.com

阑尾炎，切除术，回盲部，解剖

局解手术学杂志 1995 年第 4 卷第 1 期总第 13 期

colon and rectum. Amer J Surg 1975; 130 (6): 729.

7. Taylor EW et al. Dis Colond Rectum 1981; 24: 259.

（收稿：1994—10—24）

9—12

试述回盲部局部解剖与阑尾切除术

沈阳职工医学院 田 力
沈阳市第一人民医院 范妮娜
铁岭市妇婴医院 高翠萍

（辽宁沈阳，邮政编码 110000）

R656.805
R602

阑尾炎是外科常见病，居各种急腹症的首位，1886 年 Fity 首先命名，并由 McBurney 于 1889 年提出外科治疗本病的观点后，阑尾切除术一直是治疗阑尾炎的重要方法之一，但是由于回盲部解剖关系不清以及对阑尾异常了解不够，在阑尾切除术中增加了很多困难，甚至于误诊、误切或术后残端大出血等。为了更好顺利地完成阑尾切除术。本文结合实际工作和阅览大量临床资料进行了回盲部解剖与阑尾切除术的研究，现叙述如下：

一、回盲部解剖

1. 回盲剖的范围：回盲部是解剖和临床上的常用的名词，目前一般教材书和文献上尚没有十分明确的范围。根据尸检、CT 及临床观察，结合回结肠动脉的分布，其范围包括：回肠末段（约 10cm）、盲肠、阑尾和升结肠起始部（约 1/3），见图 1。

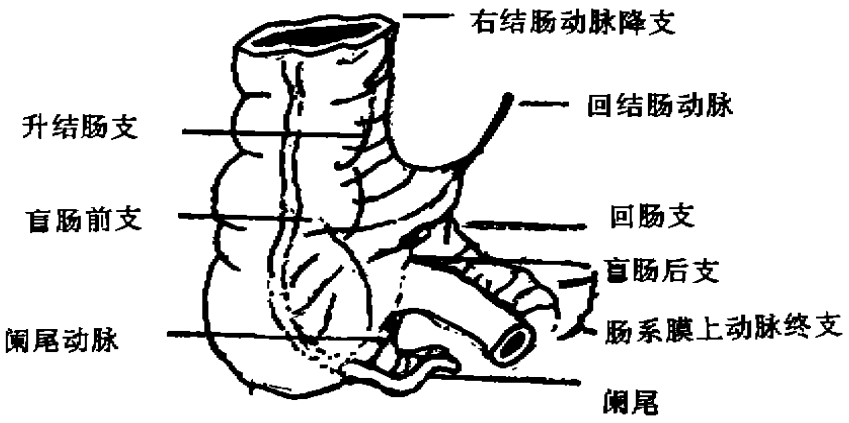


图 1. 回盲部

2. 回盲部的组成范围及回结肠动脉的分布

（1）阑尾形态：阑尾的形态各报导和传统认识相似，即阑尾附着于盲肠后内侧壁的盲管状器官，近端开口于盲肠，远端为盲端，直径 0.5～0.7cm，长 2～20cm，平均

维普资讯 http://www.cqvip.com

为 5～7cm，成人阑尾壁较厚，小儿阑尾壁较薄，故急性阑尾炎时易致穿孔。

(2) 阑尾的动脉：经尸检和临床验证，阑尾动脉多起自于回结肠动脉的回肠支，也有起自于盲肠前支和后支，在回肠末段之后进入阑尾系膜，开始与阑尾根部保持一定距离，在此发返支与盲肠动脉之支吻合，主干在阑尾系膜内走向阑尾尖，越向远侧越接近系膜的游离缘，末端达到阑尾壁上，阑尾动脉多数为一条，但具有两支或两支以上的副阑尾动脉也常见。由于阑尾动脉的发起、走行、数目等都有相当大的变异，故在阑尾切除术中忽视此部位局部解剖的特点，常是造成阑尾切除术后引起残端大出血的重要原因之一。

(3) 阑尾系膜：多呈三角形，恒定，系膜根附于肠系膜下部，位于回肠末段后下方。其内容有阑尾动脉，在回肠前下方经阑尾系膜前方有一腹膜皱襞(回盲下襞)连于阑尾根部或盲肠底部。此襞习惯称 Treves 无血管襞，但经临床和尸检验证，襞内常有阑尾动脉，静脉和回结肠动脉，静脉的盲肠后分支，阑尾切除术中忽视此襞的解剖特点，处理不慎也是造成术中和术后出血的原因之一。

二、阑尾正常位置

阑尾发育正常时，位置应位于右髂窝内且为腹膜内位，根部位于盲肠下极亦即为 3 条结肠带汇集点的游离性器官。

但阑尾对于盲肠的相对位置各家结果不甚一至，如 Wakeley 统计 10000 例中 65.28%的阑尾位于盲肠的后方，Collins 统计 50000 例中 74%的阑尾位于盲肠前方，26%位于盲肠后方。国内费氏根据一大组解剖资料提示，阑尾居盲肠后的约为 66%，李平综合 2141 例急性阑尾炎病例认为，阑尾位于盲肠内侧前位占 45.3%，盲肠后位次之占 25.4%。据统计，目前认识较统一的阑尾常见位置主要有以下几种：①回肠前位 (28.0%) ②盆位 (占 26.1%) ③盲肠 (或结肠) 后位 (占 24.1%) ④回肠后位(占 8.3%)⑤盲肠下位(占 6.1%)，掌握和了解阑尾的常见位置，对术前正确诊断和阑尾切除术中能顺利的寻找到阑尾并完成手术关系甚大。

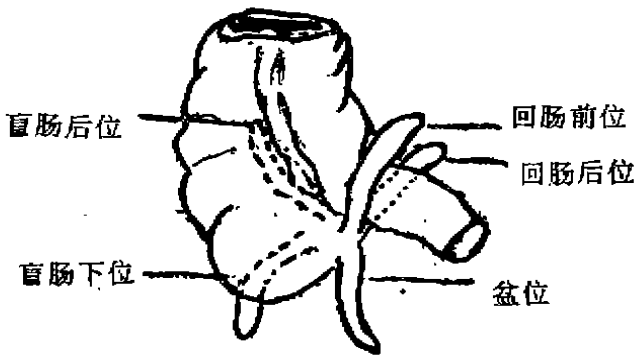


图 2. 阑尾的常见位置

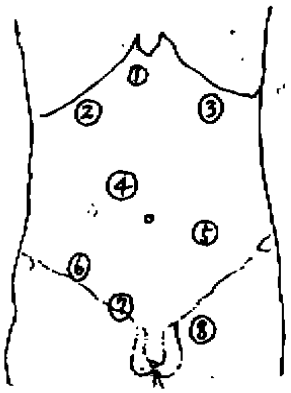
三、阑尾异位

阑尾比人体任何一个器官的位置变化都大，当阑尾在腹腔内的位置出现异常时，我们即称为阑尾异位，据 Collins 综合 50000 例手术和尸检，报告阑尾异位的占 4.52%，徐思多教授对 779 例阑尾异位经

维普资讯 http://www.cqvip.com

统计分析共有 8 种类型：①腹膜外位阑尾，占阑尾异位的 26.9%，此类阑尾由于缺乏浆膜，故并发炎症时易穿孔，炎症不易局限，另因位置较深，后腹膜神经不丰富，对痛觉不敏感，导致临床症状不明显，易穿孔形成脓肿，术前易误诊，术中难度较大。盲肠后腹膜外位阑尾，在手术过程中要注意勿损伤输尿管，尤其阑尾已变形与腰大肌粘连时要辨认清楚。②高位阑尾占异位阑尾的 22.5%，高位阑尾炎时长期误诊可致肝下十二指肠周围发生粘连刺激膈神经引起右肩部区放射性疼痛，增加门静脉炎和肝脓肿的发生率，有时可引起右半结肠激惹症状以致长期腹泻，导致水电解质平衡紊乱，营养不良和贫血，另可形成肠系膜根部的旋转，造成广泛性肠坏死或出现急性或亚急性肠梗阻，由于误诊，术中易忽视阑尾病变而未予寻找和切除，致使未除去病灶。③疝内阑尾占 17.1%，疝内阑尾易并发急性阑尾炎，且可使阑尾充血、水肿发生嵌顿，由于阑尾动脉是终末支，血运较差，无侧支循环，故病变发展很快，易坏死、穿孔，应尽快手术。④左位阑尾占 12.8%，左位阑尾炎的症状与正常位置的阑尾炎大致相同，但一般是转移性左下腹痛，体征腹部压痛点位于左下腹部的相应麦氏点或相应兰氏点及相应中立点，但左位阑尾炎也有出现转移性右下腹痛者。对左下腹包块，怀疑但不易确诊者，可选择下腹正中切口，以减少术中被动，以避免盲目按肿瘤予以手术。⑤低位阑尾占 11.7%，低位阑尾炎时可导致邻近盆腔脏器的炎症刺激症状，如出现尿频及里急后重等症状，有时由于炎症粘连穿破而发生阑尾膀胱瘘或阑尾阴道瘘。术中由于诊断不明确而易损伤盆腔脏器。⑥壁内阑尾占 5.9%，主要有盲肠壁内阑尾。回肠壁内阑尾，系膜内阑尾，壁内阑尾易造成肠瘘要引起注意。⑦错位阑尾占 2.7%。⑧腔内阑尾占 0.4%，以类阑尾异位，若强行分离切除阑尾周围脓肿之腔内阑尾，尤其是腹膜后位阑尾，有可能损伤输尿管。术中应引起注意。见图 3。

还有很少见类型的阑尾异位，如肠脂垂阑尾、阑尾套叠等，另对阑尾畸形的也时有报导，如双阑尾和三根阑尾畸形等。



1.2. 肝下阑尾　3. 左高位阑尾
4. 中腹部阑尾　5. 左位阑尾
6. 低位阑尾　7. 斜疝内阑尾
8. 股疝内阑尾

图 3.　阑尾位置异常

从临床外科工作需要出发，上述阑尾异位已足以说明问题，有些学者将其中的某一种位置更进一步划分为几种类型，笔者认为此举无实际的外科意义，初学的外科医生必须掌握一条基本原则是：阑尾是伴随盲肠发育的，形影不离，手术时应先找到盲肠，然后顺结肠带寻找阑尾根部，这样就很容易找到了，当然也应该掌握阑尾各种不同位置的解剖学，才能避免在手术台上出现找不到阑尾的窘境，所以，了解和掌握阑尾位置的变异对阑尾炎的诊断和术中寻找和切除阑尾有很大帮助。

四、阑尾切除常用术式

目前常用的阑尾切除术式主要有两类

维普资讯 http://www.cqvip.com

方法，一类即传统的剖腹阑尾炎切除术，其中包括顺行和逆行切除两种，此处不赘述。另一类为近几年新开展的经腹腔镜行阑尾切除术，此类术式目前国内尚未有报告，但就目前见到的有限文献报告，欧美地区经腹腔镜切除阑尾是安全的，方法较剖腹阑尾切除术简单，手术时只需在脐部下腹戳3个小孔（以留置鞘管通过腹腔镜，孔径在10毫米以内）下进行，术手并发症很少，病人痛苦轻，恢复快，住院时间短。Bcgan 指出，经腹腔镜行阑尾切除必须由具有娴熟的内镜下的手术操作技术的医生施行，以减少并发症的发生，特别是对于阑尾与周围有明显粘连和腹膜后位阑尾者，效果更佳。

但是，据报道在阑尾切除术中因处理不当造成阑尾切除术后早期手术者时有发生，如误伤回肠、升结肠等，这可能与病情危重、局部炎症严重、组织脆性增加、解剖部位不清及基本技术欠佳有关。阑尾残端保留过长，但阑尾根部腔内粪石梗阻，解剖变异（如狭窄，亦可致残株炎的发生）。对于阑尾术中误切的问题，时有报导，此问题一方面是技术问题，另一方面也包括对阑尾切除术未有引起重视，所以，为了减少阑尾炎手术中的意外，我们必须把阑尾炎的诊治水平，在现代医技发展的基础上来一个新的技术革命，在诊治中，首先要吸取新的技术知识，来提高术前诊断的准确性，同时更应加强对外科基本功的训练，熟练掌握回盲部的解剖。另外，应教育和告诫青年外科医师，提高对阑尾炎手术重视的认识，千万不可以为阑尾切除术是一个"小"手术而掉以轻心。在术中杜绝误将其它组织当作阑尾切除的事件发生。

参考文献

1. 徐恩多主编，局部解剖学，第3版，北京：人民卫生出版社 1988；112；113.
2. 王根本，金保纯等编译，临床解剖学，北京：人民卫生出版社 1990；84.
3. 吴阶平等主编，黄家驷外科学，第4版，北京：人民卫生出版社 1986；1133.
4. 裘法祖主编，外科学，第3版，北京：人民卫生出版社 1989；471.
5. 韩子玉主编，局部解剖学实习与纲要，辽宁科学技术出版社 1990；99～102.
6. 徐恩多，杨凌洪，阑尾的胚胎发育与阑尾异位，实用外科杂志 1992；4；197.
7. Regan，PJ. Laparossaple appendectomy Can J sung 1991；34；256.

（收稿，1994—06—02）

颈椎病后路脊髓前外侧解压术的解剖学基础

上海铁道医学院解剖教研室 胡滨成

上海华东医院骨科 李连生

（上海共和新路，邮政编码 200070）

[提要] 作者用50具成人尸体，按手术方法及程序就手术野进行了解剖，对皮肤的神经支配，皮下组织及肌层的血供，椎弓板，椎管以及神经根和脊髓进行了观察，并提出手术时应注意的事项。

[关键词] 颈椎病；解压术；解剖学。

后路脊髓前外侧解压术是我们从1988年起自己设计的，是在直视下施行的一种治疗颈椎病的手术，此手术可以同时解除脊髓和神经根的压迫症状，近五年来，经治疗80例，效果很好，我们除总结手术方法及临床病例外[1]，还对手术的有关解剖内容总结如下：