

0108866

阑尾炎手术疗法

徐宝彝 蔡福祥 编著



上海科学技术出版社

闌尾炎爲外科臨_下最常見之疾患，闌尾截除術亦屬經常施行之手術。雖屬_上常見疾患與_上常行手術_上，但是由於臨床與病理的類型甚多，因此，_上常行手術_上在實際施行時也就難易不等。針對_上典型的_上_上單純的_上病例的手術，即使經驗不多的外科醫師亦能應付裕如，遇有_上位置異常_上，_上粘連緊密_上，_上病變複雜_上者，則常感束手無策，進行困難。若處理不當，不但招致併發症，影響預後，且能引起死亡。

一般教科書與手術圖譜對於典型闌尾截除術之介紹固甚詳盡，但有關異常或複雜病例之解述則甚簡略，將各種不同類型之手術與適應病例作系統之論述者更不多見；有鑒於此，故在教學之餘，選擇吾等習用而認爲合理者逐一介紹，辭句力求簡單而明白，圖譜盡量充實而顯明，俾初學者可作佐助，有志鑽研者得以參攷。

闌尾炎之治療方法甚多，孰優孰劣，專家意見亦難免分歧，本書所述均爲實際工作過程中自我體會而認爲值得介紹者，未敢推爲最善。由於見聞有限，遺漏難免，初稿錯誤，諒亦不少，尙希外科工作者加以指正，俾於再版時得以補充改訂是幸。

本書經上海市立第四人民醫院外科同人提出修改意見和校閱，謹此致謝。

徐寶華 蔡福祥

一九五四年十月

目 錄

第一章 總論	1
歷史 手術原則 手術之適應 手術前準備 手術時位置 手術用器械表 麻醉之選擇	
第二章 闌尾之外科解剖學	10
闌尾之位置 闌尾動脈及淋巴結 闌尾之結構 盲腸之位置 盲腸和闌尾之關係	
第三章 手術切口	17
第一節 腹壁之外科解剖學	17
第二節 切口之種類	19
第三節 切口之選擇	21
第四節 個別切口之操作法	22
一、橫切口	22
二、麥氏交叉切口	24
三、腹直肌傍切口	27
第四章 闌尾截除法	30
第一節 基本方法	30
一、尋覓闌尾並將其拉出創口外之方法	30
二、闌尾系膜結紮切斷法	33
三、闌尾結紮及截除法	34
四、闌尾截端消毒法	36
五、荷包縫合和截端埋藏法	37
第二節 其他操作法	45
一、闌尾系膜分離法	45
二、逆行闌尾截除法	45
三、漿膜下闌尾截除法	50

四、腹腔內闌尾截除法	52
五、腹膜後闌尾截除法	52
第五章 急性發炎之闌尾截除法	59
• 第一節 急性發炎祇限於闌尾上	60
第二節 急性闌尾炎伴有限局性腹膜炎	61
第三節 急性闌尾炎併發瀰漫性腹膜炎	62
第四節 手術時可能遇到之困難和意外	64
第五節 晚期瀰漫性腹膜炎之處理	70
第六章 引流	72
第一節 腹腔內引流	72
一、一般腹腔內引流之適應	72
二、急性闌尾炎腹腔內引流之指徵	72
三、引流對於腹膜之影響	73
四、腹腔內引流之危險	74
五、引流用之材料	74
六、腹腔內引流之位置及操作方法	76
七、腹腔內引流之時間	77
八、半坐式對腹腔內引流之幫助	79
九、腹腔消毒及撒佈藥物之討論	79
第二節 腹壁切口之引流	80
第七章 闌尾膿腫之治療	81
第一節 闌尾膿腫之治療原則	81
第二節 Ochsner-Sherran 氏保守療法	81
第三節 闌尾膿腫切開引流之原則	83
第四節 闌尾膿腫之位置	83
第五節 闌尾膿腫切開引流法	84
一、腹膜外引流法	85
1. 右路窩型膿腫引流法	85
2. 腹中型膿腫引流法	85

二、腹腔內引流法·····	88
三、盆腔型膿腫引流法·····	89
四、膈下膿腫引流法·····	91
第六節 闌尾膿腫切開引流之注意點·····	95
第八章 疝與闌尾炎之關係·····	97
第九章 在各種剖腹手術時可否作預防性闌尾截除? ·····	99
第十章 個別病例之特點·····	101
第一節 妊娠期間發生之急性闌尾炎·····	101
第二節 兒童時期發生之急性闌尾炎·····	103
第三節 老年人之急性闌尾炎·····	104
第四節 肥胖病人之闌尾截除術·····	105
第五節 異位闌尾炎之特點·····	106
第六節 小型切口作闌尾截除術·····	107
第十一章 闌尾之特殊病症·····	108
第一節 闌尾炎和寄生蟲病·····	108
第二節 闌尾炎和結核病·····	110
第三節 闌尾炎和傷寒症·····	112
第四節 闌尾之放線黴菌病·····	113
第五節 闌尾套疊和內翻·····	114
第六節 闌尾粘液囊腫及憩室·····	117
第七節 闌尾惡性腫瘤·····	118
第八節 迴盲腸系膜內急性淋巴腺炎·····	120
第十二章 手術後治療·····	122
第一節 單純闌尾炎手術後治療·····	122
第二節 闌尾膿腫或限局性腹膜炎手術後治療·····	124
第三節 瀰漫性腹膜炎手術後治療·····	125
第十三章 手術後併發症·····	130
第一節 創口併發症·····	130
第二節 腹內出血·····	133

第 三 節	腸梗阻	135
第 四 節	瀰漫性腹膜炎	137
第 五 節	殘餘膿腫	138
第 六 節	糞瘻	141
第 七 節	肝門靜脈炎和肝膿腫	144
第 八 節	下肢血栓性靜脈炎	145
第 九 節	尿潴溜	147
第 十 節	肺部併發症（肺膨脹不全及肺炎）	148
	主要參考文獻表	150

第一章 總 論

歷 史

有史以來，最早之外科手術圖像發現於埃及近曼非斯(Memphis)城之墓碑上(公元前 2500 年)，因當時只知表面解剖學，故圖像僅示包皮環切、四肢及睪丸摘出等手術，而無內臟手術。在埃及時代，有用香脂劑將屍體製成“木乃伊”之習俗，以備久藏。在製作時，需將腹壁切開，取出內臟，儲藏於陶器或瓦瓶內，與“木乃伊”一同留置於墓室。1907 年，埃及政府遣派之考古隊在奴比亞區(Nubia)發現許多“木乃伊”曾患乳突炎、闌尾炎、骨折、致命性骨骼刀創……等症。古埃及書籍上亦有極似闌尾炎之記載。

自埃及時代至十九世紀初期，外科手術方法並無多大進步，直至十九世紀末期，因解剖學之進步、麻醉之改進、止血方法之完善、和細菌之發現及傳染之預防，外科手術方法始能迅速發展，大有一日千里之勢。

遍查現有闌尾炎手術之記錄，Claudius Amyand 氏實為作闌尾截除術之第一人，時在 1735 年十二月六日(倫敦聖喬治醫院)。

其後 1759 年，Mestivier 氏為一因臍孔右側膿腫切開手術後死亡之病者做屍體剖檢時，發現闌尾有穿孔現象。1827 年，Méliér 氏首在臨床方面作出闌尾炎之診斷，並將其症狀作了經典式的敘述，但並未施行手術治療，因在 1840 年以前，一般地都沿用放血和服用嗎啡等治療方法。1848 年，Hancock 氏始給一個尚未形成腹膜炎之闌尾膿腫施行剖腹引流術，並倡導早期手術。1884 年 Krönlein 氏是第一個診斷出一例因闌尾穿孔而發生腹膜炎並施行正中剖腹術將闌尾截除的外科醫師，惜未獲成功。直至 1887 年四月廿五日才有 Th. G. Morton 氏給患急性腹膜炎之病者施行剖腹手術，將穿孔之闌尾截除而獲得痊

癒。1887年 Treve 氏首為復發性闌尾炎於間歇期內施行闌尾截除術。McBurney 氏於 1889 年發表描寫各種闌尾病變之論文，並指出在急性闌尾炎時腹部之壓痛點，實為本病診斷方法之一大貢獻。繼之，於 1900 年，G. R. Fowler 氏主張治療瀰漫性腹膜炎時採取半坐位，俾使腹腔內膿液藉其重量匯流至骨盆內。1904 年 T. B. Murphy 氏建議治療瀰漫性腹膜炎時，應停止飲食而由直腸內滴入大量溶液維持營養，使胃腸道得以休息。同年 A. T. Ochsner 氏倡用保守療法（即利用禁食、直腸滴液、注射嗎啡等法）使闌尾炎引起之瀰漫性腹膜炎限局化，直至病情好轉，化險為夷後，始行手術。

1905 年 Kelly 氏著成闌尾診斷及治療之專書出版。五年後（1910 年），McCarty 氏出版 5,000 例闌尾病理研究之專書，對慢性闌尾炎記載尤為詳細。在 1905 年至 1913 年間，闡述慢性闌尾炎與胃、十二指腸及胆囊病變關係之文獻頗多；有時不免過份強調闌尾之重要性。自 1914 年起，Santon (1914), Connell (1916), Stanton (1919), Cabot (1920), O'Neil (1921), Poolin (1923), Bettman (1927), Sarkoff (1928) 等作者先後發表論文指出慢性闌尾炎施行手術後結果不佳，有三分之一以上病例未獲痊癒，究其原因，乃常為診斷發生錯誤。為避免錯誤之發生，遇到慢性闌尾炎時，必須作詳細之臨床檢查，輔以 X 線檢查及各種化驗，將有慢性闌尾炎症狀之其他內臟疾患，逐一剔除，爭取準確診斷，然後決定手術治療 (Deaver 1929)。

近卅年來，闌尾炎治療學日趨完善，手術死亡率逐漸下降，而治癒率日見上升；最近十數年來，尤為顯著。晚近數年，各地統計報導急性闌尾炎之死亡率有驚人的降低，有的幾達於零。考其原因，一方面，羣衆及醫師對闌尾炎之警惕性提高，能早期診斷和及時治療；另一方面，外科手術迅速發展，其中包括生理學、生物化學、細菌學及藥物學之各種新發現，在臨床上能廣泛應用而產生良好效果。主要的幾點如下：

(1) 胃腸減壓法：自從 1921 年 Levine 氏創用圓端十二指腸管來抽吸使胃腸道壓力減低後，腸梗阻病者死亡率逐漸降低。1933 年由

於 Wangensteen 氏推薦連續吸引減壓法，使腸梗阻之治療率又有進步，對腹膜炎所引起之腸麻痹尤為有效，遠勝過於腸造瘻術。

(2) 靜脈輸液法：1936 年 G. L. Gamble 氏發表了關於人體細胞外液體之經典式論文。1935 至 1942 年間，Coller 與 Maddock 二氏為體內水份及電解物之平衡作了許多研究，奠定了治療腹膜炎患者失水缺鹽之科學基礎。

1933 年 Peters, Salvesen, John, Eaton 諸氏首先指出血蛋白在外科範疇內之重要性；1935—1943 年 Casten 與 Bodenheimer, Madden 與 Whipple 尤其是 Ravdin 與 Elman 及許肇堆 (CoTui) 諸氏闡明了血蛋白對維持血量、癒合創口、防止休克、抵抗感染有密切關係。

自 1900 年 Landsteiner 氏發明血型後，使輸血成為科學化而安全之方法，經過兩次世界大戰中之考驗，更證實其起死回生之驚人效果，以致今日被普遍採用。闌尾穿孔併發腹膜炎之嚴重病者，每因輸血而改變其預後。在第二次世界大戰時，又有血漿及水解蛋白之發明及使用。

(3) 維生素之應用：繼 1909 年 W. Step 氏發現脂溶性維生素(維生素甲與丁)後，1911 年 C. Funk 氏分離了抗腳氣病維生素(維生素乙)，1928 年 A. Szent-Györgyi 氏分離三種維生素，1936 年發現維生素 P，1934 年 H. A. Dam 氏發明了維生素 K；近四十年來，維生素之臨床應用日漸推廣。患急性腹膜炎病者常因嘔吐、胃腸道抽吸、禁食、高熱、腹脹等而發生營養缺乏，故維生素之補充非常需要。1941 年，Hartzell, Winfield, Irvin 氏等曾指出三種維生素對於創口癒合之關係。

(4) 化學療法及抗生素療法：自從 1935 年 Domagk 氏發表“百浪多息”藥理與實驗治療結果引起世人注意後，1936 年 L. Colebrook 及其同工研究了氯苯磺胺對於溶血性鏈球菌之作用，同年 Ravdin, Rhoads 與 Lockwood 三氏於臨床應用磺胺劑注射來鞏固闌尾穿孔性腹膜炎之手術治療。於 1942 年左右，磺胺噻唑與磺胺嘧啶相繼問世，實為治療細菌感染開一新紀元，同年 Mueller 與 Thompson 主張將磺

股粉劑直接撒入腹腔以控制感染。

雖在 1929 年，Fleming 氏已分出青黴素，而於 1940 年，Florey 氏始作了有系統之研究，至 1942 年初，在臨床上青黴素才被使用。1944 年，Waksman 氏與其同工發現鏈黴素，立即被用以治療腹膜炎，獲得顯著效果，因其對大腸桿菌作用最著。1947 及 1948 年，Burkholder 氏發明氯黴素，Duggar 氏發明金黴素，對治療傷寒性闌尾炎特別奏效。

由於上述一系列之進步，近代急性闌尾炎死亡率很顯著地降低，譬如以併發瀰漫性腹膜炎者來說，1916 年至 1949 年間平均死亡率為 14.5%，而其中 1944 至 1949 五年中，其死亡率則僅為 3.92%，1948 年以後死亡率幾降至 0，上述數字，非常明顯，不必多加解釋。

我國之腹腔外科根據史書所載似乎發展甚早，而其鼻祖可推華佗。關於華佗之醫術，後漢書方術傳載有：“若病發結於內，鍼藥所不能及者，乃令先以酒服麻沸湯，既醉無所覺，因剝破腹背，抽割積聚，若在腸胃，則斷截湔洗，除去疾穢，既而縫合，敷以神膏，四五日創癒，一月之間皆平復”。該傳又稱：“又有疾者，詣佗來療，佗曰：‘君病根深，應當剖破腹，然君壽亦不過十年，病不能相殺也。’病者不堪其苦，必欲除之，佗遂下療，應時癒，十年竟死。”華佗別傳所載五個病例中，有一例係屬於剖腹術者：“有人病腹中半切痛，十餘日中，鬚眉墮落。佗曰：‘是脾半腐，可剝腹養療也’。佗便飲以藥，令臥，破腹視脾，半腐壞，刮去惡肉，以膏敷瘡，飲之藥，百日平復也。”

魏志、漢書及三國志諸書內亦有各種手術之記載，自靜脈切開、針灸起至剖腹手術止，內包括脾、肝及腸等手術。由是言之，華佗曾為急性腹痛而剖腹，所以他做過闌尾炎手術治療是有其可能性的。按李濤氏推度，華佗生於公元 112—212 年之間。由此可推測我國古代之腹腔外科在公元二世紀時已相當完善，後因經久失傳，致未能繼續進展也。

手術原則

截除闌尾治療急性或慢性闌尾炎曾一度爲醫界公認爲最可靠和最有效的方法。闌尾截除術係將闌尾沿盲腸處結紮而在離盲腸約五毫米處將其切斷，同時結紮闌尾系膜及其中之闌尾動脈并切斷之，再將闌尾截端處理——消毒和埋藏。在慢性闌尾炎之手術過程中，截斷闌尾乃手術時唯一可發生感染之步驟。

當闌尾發生急性或慢性病變時，闌尾可仍保持游離狀態或相反地和盲腸、腹壁、小腸、網膜、甚至子宮及其附件、膀胱等產生粘連，癒着一起；也可能因闌尾穿破引起局限性腹膜炎、瀰漫性腹膜炎或闌尾周圍膿腫和腹內較遠處膿腫等情況；發炎之闌尾可在其本身之局部或全部形成膿腫、壞疽、穿孔等不同病變。再者，盲腸和闌尾有各種不同之部位。以上所述，皆使闌尾截除操作發生困難而我們應有適當措置加以處理，否則極易產生嚴重後果。

手術之適應

早期急性闌尾炎無併發症者，經診斷確定後，必須施行闌尾截除術，蓋不能預測其以後之演變而預防其嚴重之併發症。診斷愈早，手術愈早，預後愈佳。

闌尾已穿孔，併發有限局性或瀰漫性腹膜炎，應給予適當預備後，再施行闌尾截除術；預備之時間應配合病人之需要及病情之迫切而定，不可過份延誤手術。極晚期之瀰漫性腹膜炎，已有腹膨脹、吐糞及全身中毒現象，病人已垂危，顯然已不能經受任何手術者，應採用保守療法；如經保守治療後，有限局化傾向者，須繼續施行，選擇適當時期作排膿手術，闌尾截除須在無困難情況下施行，切不可強求之。

闌尾穿孔後，形成由網膜、腸曲等圍繞發炎闌尾之炎性腫塊，而其中并無多量膿液，在臨床上稱之爲闌尾周圍膿腫，可用腹膜炎之保守療法；如施行手術，則可引起出血不止、腸壁撕破、感染擴散等對

病者不利之併發症。經保守治療後，多數闌尾膿腫停止發展，並逐漸吸收而痊癒，俟二至三月後返院行闌尾截除術。在保守治療過程中，若有腫塊增大、壓痛顯著、體溫及白血球增高等情形，或膿腫破裂引起瀰漫性腹膜炎，則須行排膿及引流手術。如闌尾即在膿腔內，可同時作闌尾截除術；否則應僅作引流，俟傷口癒合二至三月後，再住院作闌尾截除手術。

復發性闌尾炎或慢性闌尾炎經診斷確定者可隨時施行手術。（有許多慢性闌尾炎經手術後，症狀依舊，毫無療效，實係其他疾病如胃或十二指腸潰瘍、結腸炎、胆囊炎、輸尿管結石、腹壁神經痛等所誤診，臨床時宜注意之。）

手術前準備

通常手術前準備簡單，在急性發炎期入院後絕對禁飲食，禁用瀉藥，亦不需灌腸；如係間歇期手術則隔夜作一次灌腸。右下腹壁及恥骨上部剃毛，臍孔及皮膚作常規清潔處理及消毒手續，去手術室前排空膀胱。病者如有脫水及中毒現象者，可先注射葡萄糖鹽水以補充水份和電解物，近年來又有主張“鉀”之補充者；有需要時可先輸血或注射血漿，並可在進手術室前注射青黴素。手術前三十分鐘作好所用麻醉之手術前藥物準備，如注射嗎啡(Morphine)、全鴉片素(Pantopon)、硫酸阿託品(Atropine Sulfate)、莨菪鹼(Scopolamine)、苯巴比妥鈉(Sodium Luminal)等；依病情、病人年齡、選用之麻醉而定。

手術時位置

一般都用水平背位——仰臥位——施術，但有主張以「骨盆高位」或「向左半傾臥位」施術者，以使腸曲倒向一方而使闌尾容易尋找。手術者立於病者右側施術而助手立於對側，即病者之左側。

手術用器械表

- | | |
|-----------------|---------------|
| 1. 有環鉗（消毒用）二把 | 2. 手術巾夾四隻 |
| 3. 解剖刀二把 | 4. 解剖剪刀直彎各一把 |
| 5. 換藥剪刀（剪線用）二把 | 6. 有齒鑷子二隻 |
| 7. 無齒鑷子二隻 | 8. 探針一隻 |
| 9. 槽形針或引流鉤一隻 | 10. 直血管鉗十二把 |
| 11. 彎血管鉗（短）十八把 | 12. 彎血管鉗（長）三把 |
| 13. 鼠齒鉗六把 | 14. 蚊式鉗二把 |
| 15. 小肌肉創鉤二隻 | 16. 深肌肉創鉤二隻 |
| 17. 皮膚創鉤二隻 | 18. 長有齒鑷子一隻 |
| 19. 長無齒鑷一隻 | 20. 吸液頭一隻 |
| 21. 連續吸液器用橡皮管一根 | 22. 小壓腸板一塊 |
| 23. 小持針器一隻 | 24. 普通持針器二隻 |
| 25. 小圓針二隻 | 26. 中圓針二隻 |
| 27. 大圓針二隻 | 28. 直三角針二隻 |
| 29. 細絲線一捲 | 30. 中號絲線一捲 |
| 31. 二號羊腸線一管 | 32. 一號鉻腸線一管 |
| 33. 大小腰盆各一隻 | |

此外另加馬達吸液器或水吸液器一架，消毒針筒及玻璃管各一備取膿液標本用，電灼器一架或石炭酸液及酒精各一瓶和棉籤若干，備消毒闌尾截端用。

麻醉之選擇

闌尾截除術通常係急症手術，急症病例有下列諸特點：胃內可能飽滿，麻醉後可能反胃嘔吐；腹痛劇烈時，病者情緒緊張、恐懼，並不合作；無充裕時間作手術前準備和麻醉前藥物預備；體格檢查可能有疏忽遺漏，診斷未確定或錯誤；有時呈休克或臨近休克的現象。所舉各特點為選擇麻醉之參考，同時還須配合病者之年齡、心理、全身

情況、局部病變始能決定。目前施行關尾手術常用之麻醉方法不外乎手術區域阻滯麻醉、脊椎麻醉和乙醚全身吸入麻醉三種，其他如靜脈注射麻醉間或使用。現將前面三種麻醉對關尾手術之優缺點和禁忌，加以討論，作為選擇之參考。

手術區域阻滯麻醉：以 0.5—1% 普魯卡因 (Procain) 麻醉液注入手術野外圍之各層組織內，使通過該麻醉區之一切神經均被麻痺。此法之優點為：對全身的生理擾亂極小，手術後併發症機會較少，護理較容易，設備簡單經濟，外科醫師能自己操作。其缺點為：手術區之壓覺和牽引痛存在，尤其在牽引腸曲時引起胃部疼痛或不適；病者清醒，精神易被緊張；注射藥物頗費時間而麻醉時間有限制；因注射時連續穿刺，切口組織受損延遲癒合。精神過度緊張之病者、不能合作之幼童、局部有感染者和對局部麻醉劑有過敏歷史者均禁忌使用。此法適用於病者情況虛弱，不宜用全身麻醉或脊椎麻醉，並且手術簡單如切開引流術。

脊椎麻醉：將麻醉劑一次注射至蛛網膜下腔，最常用之麻醉劑為普魯卡因，其劑量為半公斤體重給藥一毫克，最大量不超過二百毫克，通常用一百二十至一百五十毫克足矣。此法之優點為：操作簡便；肌肉鬆弛非全身麻醉所可比擬；使小腸收縮利於腹部手術；無燃燒危險，手術時可用電灼；恢復期較安適；設備簡單，一般醫院均能採用。其缺點為：麻醉時間有限制；常伴有血壓下降，或呼吸困難，或惡心嘔吐，或手術後頭痛。為預防計，手術時必須有專人觀察病人脈搏、呼吸、血壓及一般情況，並隨時注射生理食鹽水，麻黃素 (Ephedrine)，應用氧氣吸入施行急救。麻醉後可能有併發症，個別病例於牽引腸曲，有時引起腹部不適感。禁忌：脊椎穿刺禁忌者，（如皮膚感染、關節結核或腫瘤等），患中樞神經病者，患心臟病者已有阻性充血或衰竭，神經過度緊張而不能合作者，原因不明之高血壓或血壓過低病者，病者呈休克或臨近休克，肺活量和潮流量氣量減小或呼吸困難如肺水腫、肺纖維化等，小兒或老年病例。此法適用於壯年、身體康健之急、慢性關尾病例，亦適用於不宜全身麻醉之病例如

肺結核、糖尿病、肝機能損壞等。

乙醚全身吸入麻醉：乙醚爲比較安全之麻醉劑，適用於各種年齡之病人及各種類型之闌尾炎。毒性不大，安全範圍較廣，同時可輸入大量氧氣，給予適當之肌肉鬆弛，病人完全入睡，無精神緊張或不合作情形。其缺點及禁忌證爲：易着火，不適用於熱帶，誘導期及恢復期較慢，氣味不愉快，常產生麻醉後惡心及嘔吐；刺激呼吸道，不適合於患急性呼吸道疾病者；增高血糖，不適合於患糖尿病者，亦不適合於肺結核、肝機能損壞及腎臟炎病者。

總之，麻醉之選用應根據病者實際情況來決定，而不應該以某種麻醉作爲常規使用。在手術過程中，因某種麻醉失效或未能成功時可選用他種補充之。

最近，在中華外科雜誌第五號（一九五四年十月）上，關玉琢氏根據 E. И. Чеботарева 氏創行之腎周圍脂肪囊封閉（腰封）的遮斷麻醉作用施行一般腹下部手術（如闌尾截除術、疝修補術及鞘膜積水根治手術）。其方法如下：

腰封是按着 A. B. Вишнеvский 氏方法實施，作爲麻醉目的時，可在術前三十五分鐘開始，將 0.25% 奴佛卡因溶液 100 毫升加兩滴千倍的腎上腺素溶液，在闌尾截除術時於右側封閉。麻醉時間可持續 $1\frac{1}{2}$ —2 小時之久，皮膚切開時一般不必要另作局部浸潤麻醉，但在截除闌尾時，應先在系膜部注射奴佛卡因溶液數毫升，在切開腹膜時，可用 5% 可卡因乙醇溶液塗於腹膜上，以免疼痛。根據 E. И. Чеботарева 氏報告之闌尾截除 69 例（包括急性闌尾炎）和關氏報告之急性闌尾炎截除 42 例之經驗，麻醉結果良好，術後併發症從未發生，值得在臨床上廣泛採用。

第二章 外科解剖學

盲腸（又稱闌腸）之正常位置在右髂窩之外側者約佔百分之七十。盲腸呈袋狀，其內後側和迴腸末端相連通，在此接連下約二、三厘米處有蚯蚓樣突出，即是闌尾（圖 1）。腹前壁之臍與右髂前上棘連結線

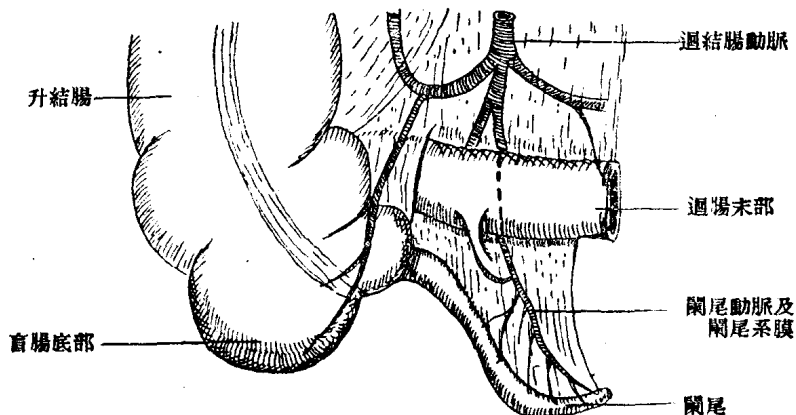


圖 1. 闌尾及其周圍解剖

上離該棘一吋半至二吋處，名為麥氏點（MacBurney 氏點）；左右兩側髂前上棘聯合橫線上之右三分之一和中三分之一交接點，名為郎氏點（Lanz 氏點）（圖 2）（參看附註）。闌尾長短粗細不一，普通長約 8—10 厘米，粗約 0.6—0.8 厘米；但有長達 33 厘米或短至 2 厘米者，在闌尾發育不全者可短至 0.2 厘米。先天性闌尾缺乏病例經屍體解剖及手術證實報告者不多，約有五十餘例（圖 3）。複型或雙生闌尾在臨床發現而報告者祇三數例而已。闌尾通常有發育完全之系膜，乃迴腸末端系膜所分出，起自闌尾根部一直延伸至其尖端。闌尾系膜長短不一，很長時可使闌尾在左腹或肝下等處游離，短時則闌尾在盲腸周圍及其

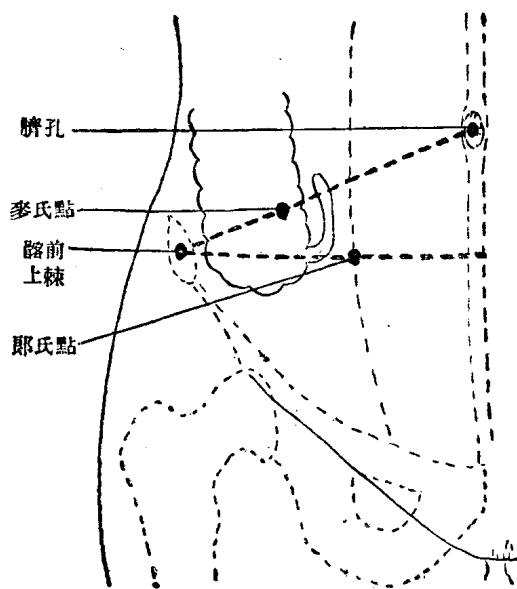


圖2. 闌尾與腹前壁之解剖關係

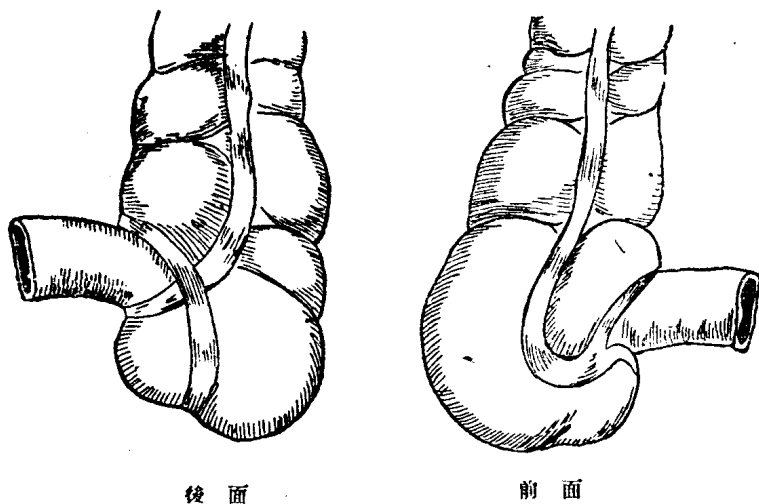


圖3. 先天性闌尾缺乏和結腸帶異常