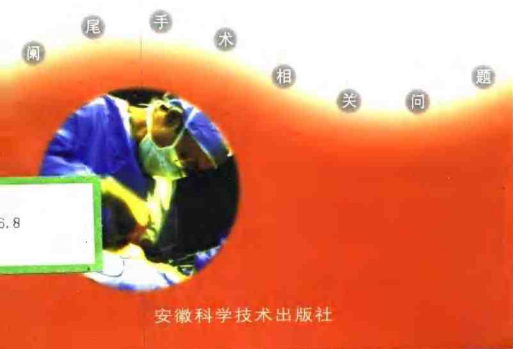


阑尾手术相关问题

LANWEI
SHOUSHU
XIANGGUAN
WENTI

徐成君等 编著



99
R656.8

1

2

阑尾手术相关问题

徐成君 张成玉 徐 波
郭邦郡 刘怀堂 张光远 编著
李全兴 朱 宏 邱 宁

111722



安徽科学技术出版社



3 0037 9807 5

图书在版编目 (CIP) 数据

阑尾手术相关问题/徐成君等编著. —合肥: 安徽科学技术出版社, 1998. 11
ISBN 7-5337-1699-X

I. 阑… II. 徐… III. 阑尾切除术-研究 IV. R656.8

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (98) 第 32627 号

安徽科学技术出版社出版
(合肥市跃进路 1 号新闻出版大厦)

邮政编码: 230063

电话号码: 2825419

新华书店经销 固镇县印刷厂印刷

*

开本: 850×1168 1/32 印张: 3.5 字数: 90 千

1998 年 11 月第 1 版 1998 年 11 月第 1 次印刷

印数: 1 000

ISBN 7-5337-1699-X/R · 338 定价: 4.50 元

(本书如有倒装、缺页等问题向本社发行科调换)

内 容 提 要

本书较全面地阐述了阑尾手术相关问题。全书分六部分：①手术前后监测问题；②特殊性阑尾病变的手术；③附加阑尾切除与阑尾切除附加其他手术；④阑尾手术的操作技巧；⑤手术并发症；⑥阑尾移植及其他。

本书内容翔实，实用性强，既有国内外新资料，又有作者临床经验，可供青年外科医生、医学院校学生、基层医院医生阅读。

序

《阑尾手术相关问题》一书，是作者在其丰富的临床实践经验的基础上，参阅大量文献资料编写而成的一本专著。本书围绕“阑尾手术”这一主题，列出百余个分题，内容丰富实用。

阑尾手术一向被认为是每位外科医师应该和能够掌握的常规手术，大多数外科医生也能通过施行这种手术顺利治愈病人。但也不能否认，一部分外科医生在施行这一常见手术中遇到了这样或那样的困难和问题，处理常见的急性阑尾炎手术时有，处理其他少见的阑尾疾病时也有；在基层医院遇到过，在城市大医院也遇到过。甚至还可以见到，一个阑尾手术的病人经治逾年未获愈，以至于造成更不幸的后果。如果作者的这本专著能在这面对读者，特别是年青的外科医生有所裨益的话，著者的目的也就达到了。

华西医科大学 教授

孔凡成

前 言

阑尾手术是治疗阑尾疾病的主要方法，在城乡大小医院已普遍开展，是培养外科医生的基础手术。该手术虽较简单，由于阑尾的解剖变异与病理变化的多端，有时处理也很复杂，可出现严重的并发症，甚至造成死亡。本书重点从提高手术质量，减少并发症，降低病死率等方面，对阑尾手术的相关问题进行了深入的探讨；并从实用出发，对一些新进展作了概括性介绍。本书文字简洁，层次清楚，易读易懂。相信本书会给同行有所帮助。

本书蒙华西医科大学原副校长、著名外科专家孔凡成教授赐序，特此致谢。

本书1982年铅版印发，内部交流，颇得好评及被引用。随医学科技进展，此后几易其稿，现得以出版，倘有错讹之处，请读者指正。

徐成君

目 录

一、阑尾手术前后的监测问题.....	1
1. 阑尾炎应该早期切除阑尾	1
2. 阑尾手术时限的分类	2
3. 阑尾手术的适应证	2
4. 阑尾手术的禁忌证	3
5. 阑尾穿孔后的手术原则	3
6. 阑尾疾病手术前应做的准备	3
7. 阑尾手术病人的心理状态	6
8. 阑尾手术前后的中药治疗	6
9. 中药治疗阑尾炎时的中转手术问题	7
10. 阑尾切除在中西医结合治疗中的地位	8
11. 阑尾脓肿等切开引流后何时做切除术	8
12. 阑尾手术应用抗生素问题	9
13. 阑尾术前的 X 线检查	10
14. 阑尾术前的 B 超检查	11
15. 阑尾手术的麻醉	12
16. 阑尾源性腹膜炎术后应斜坡卧位	13
17. 阑尾术后缝线的拆除	14
18. 影响阑尾手术疗效的因素	15
二、特殊性阑尾病变的手术问题	17
1. 阑尾蛔虫病的手术	17
2. 阑尾血吸虫病的手术	18
3. 阑尾蛲虫病的手术	19
4. 肺吸虫性阑尾的手术	19
5. 阿米巴性阑尾的手术	20
6. 阑尾结核的手术	21

7. 阑尾放线菌病的手术	21
8. 阑尾克隆 (Crohn) 病的手术	22
9. 阑尾结石的手术	23
10. 阑尾套叠的手术	23
11. 阑尾异物的手术	24
12. 阑尾损伤的手术	24
13. 双生、多生阑尾的手术	25
14. 异位、错位阑尾的手术	26
15. 短小和巨大阑尾的切除	27
16. 马蹄状阑尾的手术	28
17. 怎样对待阑尾缺如	29
18. 阑尾憩室、息肉与阑尾扭转的切除	30
19. 阑尾粘液囊肿的手术	30
20. 阑尾癌的手术	31
21. 阑尾类癌的手术	32
22. 阑尾肉瘤的手术	33
23. 慢性阑尾炎的手术	34
24. 妊娠期阑尾炎的手术	35
25. 小儿阑尾炎的手术	36
26. 老年阑尾炎的手术	38
27. 行经期的阑尾手术	39

三、附加阑尾切除术与阑尾切除附加其他手术问题

1. 附加阑尾切除术的原则	41
2. 阑尾、输卵管同期手术	42
3. 卵巢出血误为阑尾炎剖腹	43
4. 子宫手术附加阑尾切除	43
5. Meckel 憩室与阑尾同期手术	44
6. 腹疝手术附加阑尾切除	46
7. 阑尾切除附加疝手术	47
8. 肠套叠术中的阑尾切除	48
9. 回肠手术中的阑尾切除	49
10. 溃疡病术中的阑尾切除	50

11. 胆道手术中的阑尾切除	71
12. 剖腹探查为内科病的阑尾切除	72
四、阑尾手术操作技巧问题	54
1. 阑尾切除术的一般操作程序	54
2. 阑尾手术可能发生的失误	54
3. 阑尾手术切口的部位	55
4. 小切口阑尾切除术的评价	56
5. 术中寻找阑尾的方法	57
6. 阑尾术中的腹腔探查	58
7. 阑尾系膜的牵拉反应	59
8. 阑尾残端处理方法的选择	60
9. 阑尾残端单纯包埋法的优缺点	60
10. 阑尾残端单纯结扎法的优缺点	61
11. 阑尾残端结扎包埋法的优缺点	61
12. 阑尾残端固定结扎脂肪垂覆盖法的优缺点	62
13. 阑尾基底三钳处理法的优点	63
14. 全阑尾切除术	63
15. 阑尾内翻术及无标本阑尾切除	65
16. 阑尾粘膜剥脱术	66
17. 阑尾逆行切除术	67
18. 阑尾外置术	68
19. 阑尾根部回盲肠造瘘术	69
20. 经阑尾灌洗结肠	70
21. 阑尾脓肿引流术	71
22. 阑尾术中的腹腔冲洗	72
23. 阑尾手术放置引流物	72
24. 阑尾手术腹壁切口的缝合	73
25. 单人施行阑尾切除术的问题	74
五、阑尾手术并发症问题	75
1. 阑尾术后并发症的分类	75
2. 阑尾术中腹内脏器的损伤	76
3. 阑尾手术损伤腹壁下动脉	78

4. 阑尾术后腹内出血	78
5. 阑尾术后切口感染	79
6. 阑尾源性门静脉炎	81
7. 阑尾残株炎	82
8. 阑尾术后腹腔残余脓肿	83
9. 阑尾术后肠粘连	84
10. 阑尾术后切口裂开	85
11. 阑尾术后粪瘘	86
12. 阑尾术后腹壁窦道	87
13. 阑尾髂、腰部瘘和膀胱瘘	88
14. 阑尾术后切口疝	89
15. 阑尾术后的局部疼痛	90
16. 阑尾切除后盲肠肿瘤样病灶	90
17. 阑尾术后回盲瓣综合征	91
18. 阑尾手术发生的腹腔遗留异物	91
六、阑尾移植及其他问题	93
1. 阑尾移植修补尿道	93
2. 阑尾移植替代输尿管	93
3. 阑尾移植胆道架桥术	94
4. 阑尾病理检查的价值	95
5. 阑尾的自家切除	95
6. 阑尾切除后的再生	96
7. 阑尾切除后对身体的影响	97
8. 预防性阑尾切除	98
9. 应用腹腔镜切除阑尾	99
10. 阑尾围手术期警惕结肠癌	99

一、阑尾手术前后的监测问题

1. 阑尾炎应该早期切除阑尾

阑尾炎，尤其是急性阑尾炎易于穿孔引起急腹症休克。有一组报告 306 例急腹症休克，其中阑尾穿孔源性休克占 28 例。28 例阑尾源性休克，死亡 3 例，占 10.8%。因此，阑尾炎不可轻视为外科“小病”。从外科角度看来，一般都认为：“只要阑尾炎的诊断确立，应该立即施行手术”。对严重的阑尾炎“切除越早，死亡越少”。

阑尾炎是常见病、多发病，人群发病率为 1/20，在许多医院中占有相当高的比率。虽报告有出生后 3 日的婴儿及 90 岁的高龄老人，但阑尾炎患者仍以男性青壮年为多。阑尾炎，尤其是急性阑尾炎，早期病灶局限于阑尾腔内，该期施行手术对腹腔扰乱小，操作较易，并发症少，安全性大，病人恢复也快。故主张力争在发病后 24 小时内切除发炎的阑尾。若不早期切除发炎的阑尾，而炎症进一步发展，易致阑尾坏死和穿孔引起弥漫性腹膜炎。一旦错过早期切除的良机，治疗就比较困难了。

实践证明，所有因患阑尾炎而死亡的病人或者手术后并发症多致效果不佳者，都是错过了早期切除阑尾的机会而造成。当然，手术前后的正确处理以及手术质量的优劣均是影响阑尾炎疗效的重要环节。

有学者报告 43 例阑尾炎患者的 IgM、IgG、IgA 的检查，认为阑尾炎患者有免疫功能低下者应及早手术，努力降低延诊穿孔率。

2. 阑尾手术时限的分类

阑尾手术的时限，可根据阑尾的病变及性质、发病或就诊时间早晚大体上可分为以下几种。

(1) 早期阑尾切除：指在起病后 48 小时内，炎症尚局限于阑尾，该期施行手术极为方便。轻型阑尾炎，症状不明显，纵然超过 48 小时，也可同早期手术一样对待，可视为相对安全期手术。如阑尾早期已有穿孔而施行手术可列为急症手术。

(2) 中期阑尾切除术：发病 2~3 天以上的阑尾炎变，这个时期阑尾切除术较为困难。一般视其经过，若病情有消退趋势，则应姑息治疗，以不做手术为宜。倘如病变进展，保守治疗疗效不佳，则应积极手术，争取切除阑尾病灶。局部炎变严重或已有脓肿形成，则不宜强行切除阑尾，仅作引流即可。

(3) 休止期阑尾切除：又称择期手术。指阑尾急性炎变消失 2~3 月后，为防止复发而施行，包括慢性阑尾炎、阑尾结核、阑尾肿瘤或其他腹部手术而附加的阑尾切除术。

(4) 应急期阑尾切除：又称急症手术。不受时间限制，对带有生命危险的病变即刻施行的手术。例如阑尾炎穿孔引起全腹膜炎等。部分病例发病多日，穿孔已久，就诊入院较晚，虽为急症手术，但不属早期手术范围。

3. 阑尾手术的适应证

根据我们的经验将阑尾切除术的适应症概括如下。

(1) 急性单纯性、蜂窝织炎性、坏疽穿孔性等各型急性阑尾炎。特别是老年、儿童、妊娠期合并的阑尾炎。

(2) 多次复发性阑尾炎，包括慢性阑尾炎及阑尾脓肿吸收或引流手术后。

(3) 阑尾的其他疾病，如阑尾蛔虫病、阑尾血吸虫病、阑尾憩室、阑尾息肉、阑尾套叠、阑尾粘液囊肿、阑尾肿瘤、阑尾的

特殊菌感染等。

(4) 在其他腹部手术中，在不影响病人安全和原手术操作等前提下，可酌情行预防阑尾复发炎变的附加阑尾切除术。

4. 阑尾手术的禁忌证

阑尾病变，尤以常见的急性阑尾炎，目前国内外治疗多以外科手术为主。阑尾炎一般占综合医院外科住院病人的 15%，这些病人 80%~90% 均采用手术治疗。但有以下情况者不宜勉强手术，可视为阑尾手术的相对或绝对禁忌证：

(1) 有严重的心、肺、肝、肾、脑疾患者。有人报告 1 例疑似急性阑尾炎的深静脉栓塞 Swan-Ganz 导管的并发症，患者是 1 例 62 岁女性，经非手术的抗凝治疗而愈。作者指出本例患心肌梗塞，作导管侵袭性监护，若蒙受手术则有极大危险。

(2) 有出血性疾病或有出血素质者。

(3) 患晚期癌已出现恶液质者。

(4) 腹部切口处有严重皮肤病者。

(5) 对多种麻醉药过敏者。

(6) 患有急性传染病如肝炎、钩体病、伤寒、菌痢者。

(7) 坏疽性阑尾炎的周围浸润期。张金哲认为小儿阑尾炎此期进行手术，常常造成以下后果：①因大网膜肠管间纤维素粘连、水肿，手术分离可致肠系膜损伤及渗血。②阑尾肿硬、脆弱，在操作过程中容易造成穿孔，加重腹腔内的污染。③阑尾残端由于盲肠充血、水肿，不易满意处理，以致增加了术后并发症如肠瘘的机会。④坏死的阑尾感染性强，手术可使已经趋向局限的炎症再行扩散，引起弥漫性腹膜炎，以致术后病情情况恶化。⑤腹腔内残余感染，伤口感染及窦道形成机会多，因此提出坏疽性阑尾炎的周围浸润期应禁忌手术。而坏疽性阑尾炎的早期则应积极手术，中晚期药物治疗，病情恶化者亦应考虑急诊手术。

(8) 初次发作的急性单纯性阑尾炎，妊娠中期（4 个月~7 个

月) 并发的急性阑尾炎症状及体征不严重者。

(9) 术中发见为局限性肠炎、盲肠结核, 而阑尾无明显炎变者。

5. 阑尾穿孔后的手术原则

单纯性阑尾炎及阑尾脓肿形成引流术后或急性期炎症消散后的择期手术, 疗效均称满意, 手术指征也易于掌握。惟急性阑尾炎穿孔并有弥漫性腹膜炎者, 病情重, 其疗效较差, 死亡率高。手术指征的掌握亦颇感困难, 以下几点可作参考。

(1) 病人状态。能承受手术者, 以手术为好。对已处于虚脱或休克状态者, 暂以支持对症治疗为宜。对个别危重病人可在病床上作耻骨上引流盆腔及腹腔, 有助于渡过危笃阶段。

(2) 病变时间。腹膜炎早期阶段宜手术并力争切除阑尾。若穿孔已多日, 病情稳定, 宜继续非手术治疗。因为此时切除阑尾极为困难, 即使切除阑尾对控制感染有一定作用, 但仍不能除尽腹腔感染, 有时手术反致感染扩散, 手术后并发症也多。如系阑尾自由穿孔, 随时有感染性肠液流出, 可能增加感染, 则仍以手术为宜。

(3) 患者年龄。儿童局限感染的可能性小, 非手术治疗死亡率极高, 一般主张积极手术。对成年, 特别是对老年患者, 应参考其他因素综合决定。

(4) 病变性质。化脓性及坏疽性阑尾穿孔, 即使全腹腔有脓液, 也应争取切除阑尾。若是阑尾脓肿溃破所致的腹膜炎, 不宜勉强切除阑尾, 应以引流为主。

(5) 阑尾穿孔并有中毒或失血性休克者宜早期手术。周望先报告 1 例 25 岁男性患者阑尾炎根部穿孔, 穿孔边缘血管大出血约 600ml, 经手术获愈。有医生报告 1 例急性阑尾炎近阑尾系膜处穿孔引起失血性休克, 提出阑尾炎并发有腹腔内出血应注意阑尾本身病变所致的出血。

严重的阑尾炎，肿胀粘连显著者，术中应操作轻柔，尽力避免医源性阑尾穿孔，从而可减少污染因素。

6. 阑尾疾病手术前应做的准备

术前，手术医生必须亲自对病人进行询问与查体。常规作辅助检查，如血、尿常规，出血、凝血时间的测定，血压的测量，均不可省略。曹子昂曾报告1例8岁男孩，因血友病误诊为阑尾术后大出血而输血1200ml，使用抗血友病球蛋白5支，显然该例与术前检查不全有关。

急性阑尾炎，除早期单纯性外，一般术前宜使用抗生素药物和禁食、输液，予以镇静止痛。有严重腹膜炎者，应注意休克和水电解质失衡的防治。

手术者在洗手之前，在手术台旁复查一下病人，不仅可以更明确其诊断，而且对手术方式的选择和修改都有一定意义。这样有利于手术的成功。

术前诊断有困难的女性病人和妊娠期阑尾炎，应请妇产科会诊，共同拟定诊疗方案。不太确切的慢性阑尾炎需切除者有必要请内科共同商讨一下诊断。老年人有条件应常规做EKG和血糖测定等，对手术的施行及恢复均有益处。笔者曾收治一例未婚女青年阑尾炎患者，右下腹剧痛，乃请妇科会诊，疑诊并存有右侧卵巢囊肿扭转，剖腹除做发炎阑尾切除，证实有卵巢囊肿扭转，并切除而治愈。

术前常规清洁皮肤、药物敏试、排空膀胱以及安定病人情绪等均不可忽略。对普鲁卡因延迟性过敏反应要有所估计。

总之，手术不论大小，要对其病情轻重缓急，手术的必要性和危险性，包括近期或远期并发症的可能出现作出适当的估计。术前应征得病人及家属对手术的同意和理解。

7. 阑尾手术病人的心理状态

阑尾病变的类型及接受手术方式，如急症与择期，对病人心理状态均有不同影响。病理状态下的机体其心理也随之有变化，尤其是接受手术治疗前后改变较大。一般因求医心切，盼愈心急而出现恐惧焦虑、忧伤不安等心理应激或称心理压力。因此多数病人心情是极其复杂的。如怀疑手术安全吗？手术疼痛吗？愈合如何？术后对劳动及生活有影响吗？手术顺利的病人术后精神爽快，恢复也满意。但术中不顺利、麻醉欠佳者术后往往情绪低落或心情紧张，夜间失眠，精神不振，元气难复也时有所见。个别严重病人手术前后会出现悲观失望的情绪应予以重视。对阑尾手术盲目乐观的患者虽较少见，认为阑尾手术是无足轻重的小手术者确大有人在，术前有必要向家属或当事人讲明病情发展存在一定难测性。

作为手术医生及有关人员要严肃认真，体谅患者的心理状态并予以耐心解释，使其能配合和接受治疗。因此医务人员的一举一动，一言一行都特别重要。患者良好的心理状态，能增强机体抗病能力，对手术的成功有一定的影响。外科手术医生务必加强医德素质修养，多研究点心理学、社会学，这对治疗病人是有好处的。

8. 阑尾手术前后的中药治疗

阑尾炎的基本病理是感染、梗阻和血循环障碍。三者具体在病人身上则各有侧重，但可相互影响。对有某些需要观察、不急于手术的病人在术前使用中药治疗，可改善阑尾血液循环，提高机体免疫能力，直接影响阑尾的病理变化，减轻或消散阑尾的炎变，给手术创造有利条件。术后进行中药治疗，可使残余炎症消散。

急性阑尾炎属中医肠痈范畴，近年来分期分型方法繁多。

般根据病情可分瘀滞期、蕴热期及毒热期。瘀滞期用行气活血、热毒期以清热解毒为主。但要注意“治中有防”的原则，把治疗赶在疾病发展前头；如瘀久化热，在治疗瘀滞期阑尾炎时，酌情加用清热，以求治热于化热之先。一般选用大黄牡丹皮汤或复方败酱散加减。也可用化瘀解毒汤，药味是：元胡、丹皮、桃仁、银花、红藤、地丁、黄柏、甘草、煎服。局部外敷，用大黄、黄柏、黄连、薄荷、白芷、冰片等组成的消炎散。术后多采用理气开郁、扶正祛邪的方药。手术前后合理地使用中药，关键在于辨证施治。中药的正确使用，可给手术带来良好的条件；术后反应少、恢复及愈合都很快。但是，适宜于急症手术的病例术前多不须中药治疗，而且中药的使用也有其适应症，不能千篇一律，更不能取代必要的手术治疗。

9. 中药治疗阑尾炎时的中转手术问题

中转手术是指已决定非手术治疗，在治疗过程中因病情变化而改为手术治疗者。目前，中医中药治疗阑尾炎，中转手术的指征尚无统一标准，根据作者的经验提出以下参考条件。

(1) 经中医中药治疗不见好转，腹痛逐渐加剧，并出现腹胀、呕吐、肠鸣音减弱或消失者。

(2) 腹膜刺激征加重，或腹胀较著以及腹腔渗出液较多者。

(3) 体温在 39°C 以上或不能测及，脉搏加快，血象增高，中毒症严重或有休克先兆者。

(4) 在观察治疗中发生阑尾“自由穿孔”，有肠内容物及分泌物流入腹腔，出现弥漫性腹膜炎者。

(5) 在治疗中因病情变化多端，不能排除阑尾炎以外的其他亦需要手术治疗的急腹症，如肠粘连、肠坏死等。

(6) 对服药中途不能耐受者。作者曾遇多例急性阑尾炎患者，一服中药即恶心想吐，手术证实为阑尾蛔虫症。有3例见阑尾巨大，粗如结肠，阑尾腔内有蛔虫10~30条。