维普资讯 http://www.cqvip.com

讨 论

一、阑尾蛔虫是一种少见的疾病，而在四川农村儿童中由于卫生习惯差，未能做到饭前、便后洗手，喜爱吃泡酸菜、爱吃生食，所以 10 岁以下的儿童中多见。近年来由于经济条件好转，卫生习惯好转，其发病率明显下降。

二、蛔虫的生活特性就乱穿乱串，一但串入阑尾要自行回到肠腔困难，在此过程中引起绞痛为阵发性，与输尿管结石绞痛相似，但尿中无红血球，需手术治疗。

三、阑尾蛔虫的诊断要点：农村儿童有右下腹阵发性绞痛、白细胞总数不高、中性不高、嗜酸性细胞升高，右下腹可扪及条索状阑尾，同时又扪及腹内有蛔虫团块者可考虑为阑尾蛔虫这一诊断。

手术方式选择

首先常规结扎阑尾系膜并贯穿缝合，作到结扎缝合可靠、不造成血肿、不脱落。阑尾系膜结扎不严造成大失血死亡的报告各地均有所发生；缝合不当造成血肿致肠梗阻的也有发生故应加注意。处理阑尾残端有以下几种：

一、切开阑尾尾部将蛔虫施出再作阑尾根部结扎、荷包缝合（暂不打结）切断阑尾用石碳酸→酒精→生理盐水消毒处理残端，再荷包打结。

二、提起阑尾尾部，用与将阑尾内的蛔虫挤压使之回肠腔，再结扎阑尾根部、作荷包缝合，切断阑尾、消毒处理残端，荷包打结。

三、与上述第二种方法同，但不作荷包缝合；

四、处理阑尾系膜后在约离阑尾根部 1cm 处用直血管钳夹阑尾，在此处切断阑尾、用坟嘴钳夹做阑尾盲壁向上提起使已切断的蛔虫落入肠腔，再结扎阑尾根部、消毒处理，再作荷包缝合打结。

五、我们设计的方式：结扎、缝合阑尾系膜后作阑尾荷包缝合（暂不打结）在离阑尾根部约 1cm 处切断阑尾、残端消毒处理后，助手左手托起回盲部，右手持一蚊嘴血管钳夹做阑尾经消毒处理残端后向回盲方向用轻力一按使阑尾内翻入肠腔，主刀打荷包结，助手松血管钳，再用酒精消毒，荷包处作加固缝合 1～2 针。

我们用第 5 种方法作 7 例，术后两次大便常规检查均无阳性隐血，无肠瘘等并发症，这一方法可供同行们参考。

最后还得注意在切断阑尾前未能发现阑尾腔内有蛔虫，在切断阑尾后要仔细检查，否则就有可能蛔虫一并扎在阑尾内，这样再作荷包后易产生荷包内"脓肿"；由于蛔虫体坏死液化落入肠腔，而残端阑尾腔则空虚，如荷包缝合不严易产生阑尾处肠瘘。

（收稿日期：1996－02－07）

术中严重失血抢救过程麻醉处理体会

空军杭州医院麻醉科 陈美哥 陈花根

（浙江杭州，邮政编码 310004）

手术中大量出血将危及病员生命，麻醉与手术抢救措施是否得当关系到病人愈后。我院 1992 年 6 月～1993 年 6 月曾发生 3 例术中出血超过 4000ml 的病例，由于抢救及时准确，术中均使病人转危为安，现将 3 例病人报告如下，

一、临床资料

本组 3 例，男性 2 例，女性 1 例，年龄在 40～60 岁之间。

例 1. 王某某，男性，35 岁，建筑承包工头。2 个小时前被所承包工程的一名临时工某某刺伤右腹部，刀口呈"L"型，进手术室时血压 12/8kpa，脉搏 120 次/分，神志不清，呈失血性休克状态，由于当时小肠外露，用碗覆盖伤口，外面未见出血。入科后，立即静脉输入平衡液，而后行连续硬膜外麻醉穿刺，成功后，推 1.6%利多卡因和地卡因混合液 9ml，分 3 次推注。手术进行后，将腹腔脏器推开，立即大量鲜血涌出，瞬时病人血压降至"0"，立即气管内插管，控制呼吸，输入大量平衡液，由于血源供应不及时，平衡液开始输入量为 600ml，以后始输入库血 2400ml，静脉输液中以多巴胺和阿拉明滴入维持，血压保持在 75/50mmHg，在术中发现腹腔脏器多处损伤，包括肝刺伤，十二指肠等处损伤，止血后病人逐渐好转，血压维持正常范围，呼吸恢复，术毕送回病房。此病人出血量估计

维普资讯 http://www.cqvip.com

在 4000ml 左右。

例 2. 何某某，女性，46 岁，嗜铬细胞瘤，术后复发。在常规准备下行气管插管、全身麻醉、术中以 1%普鲁卡因加司克林加芬太尼静脉复合液维持。当分离瘤体时，病人血压上升，用雷其汀降压，瘤体切除后，分离创面出现大出血，病人血压降至"0"，立即用去甲肾上腺素和盐酸肾上腺素大量从静脉推入，并输入大量平衡液，血液和晶体的交替输入，其中输血 2800ml，平衡液和右旋糖酐输入 10500ml，病人血压维持在 10～12kpa 左右，病人总失血量为 6500ml。术中继续抗休克治疗，术后病人恢复良好。

例 3. 施某某，男性，56 岁，左肾巨大肿瘤切除术，先施连硬麻醉，以常规麻醉药施行麻醉，开始一切正常，后手术中因误伤胸膜剪破，改全麻气管插管，以常规麻醉复合液维持。分离肿瘤时出现大出血，总失血量为 6500ml，立即静脉中快速输入平衡液和血液，两者交替进行。输入平衡液 9000ml，全血 2800ml，维持血压在正常范围，术毕病人清醒、送病房各项生理指标均已恢复正常。

二、讨论：①麻醉方式问题，术中对失血重危病人的抢救，宜选用或临时改用气管插管全麻，既利于控制呼吸，又可以减少病人耗氧量，易于掌握麻醉深度，加强监护手段。本组 3 例病人，有 2 例开始选择硬膜外麻醉，1 例选择全麻，由于在术中病情发生变化，硬麻者均立即改全麻气管插管，有条件者进行有创血压监测和中心静脉压测定。更为便利，病情危重时，宜停止给药处理病情。当血压难以回升时，由手术医生压迫止血或阻断出血部位大血管，麻醉医生以心肺复苏处理病人，只要能及时止血麻醉及时恰当配合处理，病人更是转危为安。②补充血容量，首先必须建立有效静脉通路。保证输血输液畅通，最好有二路静脉开通，其中一路可以用血管活性药物，在出血量较多时，可考虑颈内静脉穿刺置管加压输血。出血发生以后，先输平衡液，利于改善微循环的灌流，又减少全血耗费，以后以血液和平衡液交替输入，在急性失血情况下，要考虑逾量输入。不必过份顾虑肺、脑水肿，重要的是维持有效循环功能，保证重要脏器的血液灌注。液体一般首选平衡液，如缺平衡液时，等渗盐水或低分子右旋糖酐均可代用，输入晶体和胶体之比为 4:1，总量比估计出血量至少要多输 1/3。为加强血液动力学监测，最好进行有创血压、脉搏监测，及时了解病情变化。若能进行中心静脉测压更好。例 1、2 病人出血量分别为 4000ml、6500ml、输入平衡液为 9000ml 和 10500ml，全血 2400ml 和 2800ml，病人血压维持在 10～12kpa 左右，例 3 出血量估计在 5000ml，总输入平衡液 6000ml，血 2000ml。术毕静滴 25%甘露醇和速尿将水份从尿中排出，术后未发生肺、脑水肿情况。③血管活性药物应用。严重出血在短时间内血容量的补充尚无法维持血压时，可考虑选用一定量的血管活性药物。根据我们的体会，严重大出血病人升压药首选盐酸肾上腺素，其次选用多巴胺和阿拉明，一般维持舒张压在 6.5kpa 即可。对于嗜铬细胞瘤病人首选血管活性外压药物为去甲肾上腺素，可稀释后静脉滴注，必要时气管内给药。如本组例 2，在输液输血的同时分别从静脉中推入去甲肾上腺素 15 支，盐酸肾上腺素 10 支，尽管血压波动很大，但低血压时间只在十几秒钟内好转。术毕病人立即清醒，术后观察血压、脉搏平稳。血管扩张药物恰当掌握适应症对阻断休克发展和扩张微循环均有利。当补液量已充足，而血压脉搏仍无好转，又无其它心功能不全表现时，可酌情使用。④保护肾功能，纠正酸中素及其他。尽量避免使用肾血管急剧吸缩的升压药，尽快缩短低血压时间。血容量补足后，尿量若不少于 25ml/小时，说明休克情况改善。此外及时用 5%碳酸氢钠纠正酸中毒，输血后及时补充钙剂，原则上 1000ml 血补钙 1 克。皮质激素可提高机体应激反应、增强心肌功能、利尿和减轻肺、脑水肿等作用。

（收稿日期：1994—06—23）