维普资讯 http://www.cqvip.com

尿素产氨围绕菌体，形成保护性"氨云"阻止氢离子向胃腔和十二指肠腔内弥散，促进氢离子逆弥散，利用尿素酶试验，可揭示胃内幽门螺杆菌的存在。另外螺杆菌能产生细胞外蛋白酶，能裂解粘蛋的聚合结构，螺杆菌的阳性患者，可发现胃粘膜和十二指肠粘膜表面有 3 种免疫球蛋白的存在。基于上述原因为了治愈溃疡和防止溃疡复发，在治疗上必须从发病原因和溃疡的形成的机理上制定治疗方案。过去我们常用胃部分切除术、胃迷走神经切断术治疗胃、十二指肠溃疡，但由于手术复杂，术后并发症多，且由于部分患者病情危重或老年人合并症多而不能耐受复杂手术，由于上述原因和鉴于十二指肠溃疡和胃溃疡的生理、病理发展趋势不同，我们制定了手术操作简单易行，手术时间短，手术危险性小，病人经济负担少的溃疡面穿孔修补术，术后应用 H_2 受体拮抗剂甲氰咪呱和法莫替丁以降低胃酸酸度，促进溃疡面愈合和消失，为于防溃疡的复发，应用法莫潜丁、灭滴灵、氟呱酸以巩固疗效和清除幽门螺杆菌，防止复发，

通过本组病例的治疗和观察，十二指肠溃疡病只要坚持正规治疗，是完全可以治愈和杜绝复发的。

参 考 文 献

1. 黄家驷，吴阶平主编．外科学，第 1 版 北京：人民卫生出版社 1984：553～554.
2. 吴钟琪主编．医学三基训练，医师分册，第 1 版，湖南科学技术出版社 1994：337.
3. 陈新谦，金有豫主编．新编药物学，第 13 版，北京：人民卫生出版社 1992：293～294.

（收稿日期：1995—08—25）

异位阑尾 手术中 阑尾炎

异位阑尾 19 例术中位置浅析

河北省承德市寿王坟铜矿医院 黄玉民 杨汝贵

（河北承德，邮政编码 067100）

我院自 1989～1994 年共手术治疗阑尾炎 239 例，其中异位阑尾 19 例，占 12.9%。本文就此 19 例探讨手术体会如下。

临床资料

一、一般资料：本组 19 例均为男性，年龄 19～40 岁，平均 28 岁。发病最短时间 5 小时，最长时间 8 天。急性阑尾炎 15 例，慢性阑尾炎 4 例。有转移性右下腹痛者 12 例，占 63%；伴腰痛者 10 例，占 53%；伴尿改变者 8 例，占 42%。19 例患者均有消化道症状恶心和/或呕吐。术前检查均有右下腹深压痛，痛点不仅局限于麦氏点。腹膜刺激征不明显，右腰部压、叩痛阳性者 8 例，腰大肌刺激征阳性者 10 例占 58%。

二、术中异位阑尾位置所见 膜膜后位 13 例，其中全腹膜后位者 6 例，部分腹膜后位者 7 例；肝下 3 例；盆腔 1 例；肝下高位且为腹膜后位者 2 例。

三、治疗结果 本组病例全部治愈，切口均一期愈合，右下腹痛消失，无腹膜后间隙感染及盲肠瘘等并发症发生。

讨 论

异位阑尾炎临床较少见，术前诊断有一定困难，往往在手术中寻找阑尾时才发现，对于经验不多的医师来说，由于不易找到阑尾，而认为是阑尾先天缺如，致使失治。

阑尾的部位大多在右下腹。但在结肠旋转和盲肠下降过程中，盲肠的最后位置有很多可能，所以阑尾在腹腔中的位置决定于盲肠的部位和活动度。在发育过程中，盲肠的部位可能异常。当盲肠下降不全时，阑尾可位于肝下或右上腹，当下降过长时，盲肠及阑尾位于盆腔内；结肠反方向旋转时，结肠可在左腹。盲肠后壁与壁层腹膜的关系也有不同，一般有三种情况：①盲肠后壁全部为腹膜遮盖，使盲肠游离活动；②盲肠后壁部分为腹膜遮盖，盲肠活动度小；③盲肠后壁无腹膜遮盖，全部固定于后腹壁。在这种情况下，阑尾也位于腹膜外，了解以上盲肠的生理发育及解剖，对异位阑尾炎的诊断和术中寻找阑尾有帮助。

据本组病例观察，异位阑尾炎除具有一般阑尾炎的特性外，术前有腰痛、尿改变、腰部压、叩痛

维普资讯 http://www.cqvip.com

及腰大肌征阳性者，异位阑尾的可能性较大。本组有 5 例术前考虑为异位阑尾者，均有以上表现，并经手术证实。另外值得注意的是，右下腹疼痛症状与体征不相符者，亦应警惕异位阑尾炎的可能。

术前不能作出异位阑尾的诊断，术中寻找阑尾困难，不能按常规方法，如沿三条结肠带汇合点乃大网膜向炎症移行处找到阑尾时，应考虑是异位阑尾。在这种情况下，我们体会以下方法可帮助寻找盲肠、阑尾：①沿末段回肠寻找阑尾，方法是将右手食指伸入腹腔，把末段回肠钩出，使回盲部显露清楚，在回盲部交界处的外下方寻找阑尾。②根据盲肠寻找阑尾，盲肠粗大，肠壁上有结肠带、袋，易与回肠区别。如于右髂窝内未找到盲肠时，可往上延长切口向右上腹或向盆腔内探查，往往可找到盲肠。如盲肠固定在后腹壁时，阑尾也常位于腹膜后。此时应沿盲肠外下侧切开后腹膜（此处无重要血管），找寻阑尾。③如寻找盲肠困难时，可用右手食指伸入腹腔，先摸到骨盆边缘上髂动脉的博动，沿动脉向上直摸到一袋囊处，此即小肠系膜根部的终末处，也即回肠末端。用食指将此段回肠钩出切口外，与这段回肠相连的大肠便是盲肠，然后再寻找阑尾。④如按以上方法未能找到阑尾，可用右手伸入腹腔探查、触摸，阑尾为一盲管形器官，炎症侵袭时可充血，水肿增大。如触到一管形、质韧、有盲端的组织，即有可能是阑尾。再按探查的方向分开肠管、大网膜等，充分暴露术野寻找阑尾。这种方法有时能有意想不到的结果。⑤如按以上方法仍未能找到阑尾时，应考虑到更少见的异位阑尾如盲肠浆膜下或盲肠腔内阑尾、升结肠下段系膜内阑尾及阑尾缺如等，应耐心逐一寻找。

异位阑尾炎术中及术后易出现的并发症为输尿管损伤、腹膜后间隙感染及盲肠瘘。一旦术后出现的肉眼或镜下血尿，应考虑有输尿管损伤，应再次手术探查输尿管。本组 19 例异位阑尾切除后，效果良好，切口一期愈合，右下腹痛消失，无术后并发症。

目前阑尾炎的主要治疗手段仍以手术切除为主，虽然术式现有一些小改良，但手术中寻找阑尾为一关键步骤，只有熟悉阑尾的正常发育生理及各种位置解剖，才能得心应手地掌握好术中阑尾的寻找和操作。

参 考 文 献 略

（收稿日期：1995—01—19）

阑尾蛔虫 8 例的手术方式选择

四川省乐山市人民医院外科 郑念东
四川省乐山市卫校 王瑜岚
四川省犍为孝姑中心卫生院外科 郑宗信
（四川犍为孝姑，邮政编码 614405）

阑尾蛔虫在其它省或大城市是一种少见的疾病，可是在四川农村儿童中则是一种常见病多发病。术前诊断较为困难，8 例中术前诊断的只有 2 例，现报告如下，并将几种不同的手术方式作一回顾，同时将我们设计的方式供同行们作参考。

临床资料

1. 一般资料：本组 8 例中男 7 例，女 1 例；年龄最大的 19 岁、最小的 4 岁，平均年龄 9 $\frac{5}{12}$ 岁，均是农村人。术前诊断 2 例，占 25%；术中诊断 5 例，占 62.5%；术后诊断 1 例，占 12.5%；

2. 临床表现：上述 8 例在病史上有一共通点就是都有阵发性绞痛，转移性腹痛的有 4 例；术前白细胞总数均不超过 8.5×10^9/L，中性在 54～68%之间，而嗜酸性细胞增高 3～6%；体检时右下腹可扪及条索状的阑尾，有 2 例同时扪及腹腔蛔虫团块，术前诊断 2 例，术中达以证实。

3. 治疗及结果：本组 8 例均作阑尾切除术，其中常规切除阑尾 1 例，此后剖开阑尾发现腔内有一条长 8cm 的细小蛔虫，此例为术后诊断；其余 7 例采取我们设计的方式进行阑尾切除，其方式下面再作详细介绍。均 7 天拆线，欠日痊愈回家。