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。

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