维普资讯 http://www.cqvip.com

阑尾炎，阑尾，外科手术

2832(12)

作，常需手术复位，亦可在严密观察下行胃肠减压、药物对症治疗，如本文例 2 那样。有些慢性胃扭转可自行复位，但多数可在透视下用手法整复，常用手法有推压整复、颠簸整复、立位整复、卧位整复。本文例 3 采用推压整复及立位整复数次，取得满意效果。

参考文献 略

30—31

浅谈术中确定阑尾位置体会

河北邯钢医院外一科 纪冠军
（河北邯郸，邮政编码 056001）

R656.8

急性阑尾炎在外科急腹症中是最常见的疾患，其急诊就诊率占急腹症之首位，且多需要手术治疗。而手术治疗阑尾炎的关键步骤是寻找阑尾。但由于盲肠的位置有变异，阑尾的位置常随盲肠位置的变异而变化，且阑尾本身相对位置、大小、长短差别较大，术中寻找阑尾有时较为困难。现就浅谈如何提高术中寻找阑尾操作技能的体会。

一、了解阑尾的常见位置

首先对阑尾常见位置做一介绍，据钱礼．腹部外科学．（第 2 版，上海科学技术出版社，1984：544）研究报道，阑尾有 9 种不同的位置但常见的有如下 4 种：1．盲肠内位，其基底部位于末端回肠之前或后方、尖端指向左上方脾脏；2．盲肠后位，阑尾位于盲肠和升结肠后面，尖端指向上方；3．盲肠下位，阑尾下垂指向髂窝或盆腔。4．盲肠外位，此种阑尾与后腹膜有粘连。

二、重视术前的体格检查

术前仔细的体格检查，了解病情的发展程度及腹部的阳性体征，不但对诊断的确立有益而且能初步了解阑尾的大体位置，对术中寻找阑尾有一定的指导意义。急性阑尾炎常有如下的阳性体征。1．麦氏点压痛、反跳痛，此点位于右髂前上棘与脐连线中外 1/3 交界处；2．伦氏点或阑氏点压痛反跳痛，此点位于两髂前上棘连线右中外 1/3 交界处；3．苏氏点压痛反跳痛，此点位于右髂前上棘脐连线与右侧腹直肌外缘交界处；4．腰大肌试验和闭孔内肌试验阳性，一般情况下阳性体征对确定病变的阑尾位置、手术切口的选择都十分有意义。如腰大肌试验与闭孔内肌试验有助于术前了解病变阑尾位置的深浅，腰大肌试验阳性。提示病变阑尾可能为盲肠后位，说明发炎的阑尾或其炎症已波及腰大肌，手术切口可选择麦氏点直切口，以利术野的扩大及阑尾的寻找；闭孔内肌试验阳性者，病变阑尾多位于盲肠前内位，其位置多较表浅，术中寻找阑尾多无困难，手术切口宜选麦氏点斜切口；如果术前病程较长，症状较重，白细胞总数增多较显著，但局部体征较轻者，即所谓体征与症状不相符合者，术前应考虑到腹膜外之阑尾，同样宜选择直切口。

三、直视下或根据解剖标志寻找阑尾

1．根据腹腔探查情况寻找阑尾：剪开腹膜后使腹腔脏器保持原有的自然解剖关系，将术野充分显露，直视下寻找阑尾。

2．根据大网膜的移行情况寻找阑尾：大网膜有腹腔卫士之称，多向病变部位移行防止炎症的扩散，根据大网膜这一特性，一般情况下推开移行之大网膜即可寻及病变的阑尾。

3．根据盲肠的位寻找阑尾：盲肠除少数游离者外，一般位于右髂窝内，直径较粗、颜色苍白、肠壁上有明显的结肠带可与小肠相区别；其次，盲肠不象横结肠有大网膜相附着，也不象乙状结肠附有长圆形的肠脂垂，从而可与横结肠和/或乙状结肠相区别；术中寻及盲肠后，再根据阑尾与盲肠的位置关系确立阑尾的位置。

4．沿升结肠壁上的结肠带寻找阑尾：术者用左手示指沿升结肠外侧沟从上至下，由深及浅将升结肠提起，沿此结肠带向下寻找，三条结肠带的汇聚点即为阑尾根部。

5．沿末段回肠寻找阑尾：回肠位于右下腹，占小肠全部的 3/5，其管腔较空肠稍细，管壁也薄，肠系膜内血管为二三级或四级动脉弓系膜内脂肪又较空肠为多。术中寻及回肠末段多无困难，沿其追踪到盲肠，在回肠与盲肠交界处的下方即可寻及阑尾根部。

维普资讯 http://www.cqvip.com

6. 沿阑尾系膜寻找阑尾：因末段回盲肠系膜在回肠后侧延伸成为阑尾系膜，所以沿末段回盲肠系膜寻及阑尾系膜，也可寻及到阑尾。

7. 已经形成阑尾周围脓肿者，术中切开脓肿吸尽脓汁再寻找阑尾。

四、几种常见盲肠和阑尾的异位情况

如前所述，如果仍未寻及到阑尾，应考虑到阑尾的变异情况，由于盲肠和阑尾的变异增加了手术中的困难。盲肠和阑尾常见的变异有 1. 盲肠未降或下降不全，致使阑尾位置较高甚居肝下；2. 游离盲肠：由于盲肠系膜过长使盲肠在腹腔内自由活动称之游离，阑尾随活动之盲肠移至左下腹或腹腔的其他位置。3. 内脏转位，由于胚胎的发育异常致内脏全部转位，使阑尾位居左下腹。4. 由于胚胎发育过程中盲肠未能回转，盲肠仍在左侧，阑尾随之位于左下腹或左侧腹部的其他位置。5. 全浆膜下阑尾，此时在回盲部可触及一索条，其质地较硬或韧。延其两则切开盲肠浆膜层即可游离出隐埋之阑尾。6. 阑尾先天性缺如，如果术中经过反复仔细寻找仍未发现阑尾。即可考虑阑尾先天性缺如。

目前阑尾炎的治疗仍以手术为主要手段，其手术操作一般并不繁杂。但是，要在术中操作的得心应手，必须掌握好有关盲肠和阑尾的局部解剖知识，熟悉有关阑尾炎的病理生理过程和临床表现。才能进一步的掌握好术中寻找阑尾的操作技能。

基层医院颅脑损伤的术后护理

易县 259 医院外二科　**张文坡**
（河北易县，邮政编码）

我院自 1990 年 1 月～1992 年 9 月共收治颅脑损伤 179 例，现报告如下。

一、临床资料：本组男性 136 例，女性 43 例，年龄 3～65 岁，平均年龄 24. 5 岁，头皮血肿 11 例，头皮裂伤 43 例，颅盖冒线型骨折 17 例，凹陷骨折 10 例，颅底骨折伴脑脊液漏 10 例，脑震荡 50 例，脑挫裂伤 16 例，脑干损伤 3 例，颅内血肿 19 例，手术确诊硬膜外血肿 13 例硬膜下血肿 6 例。头皮裂伤缝合 43 例，凹陷骨折复位 10 例，颅内血肿手术清除 20 例，死亡 3 例，术后成活 17 例。

二、体会：颅脑损伤机理复杂，病情多变，基层医院条件有限，专业人员少，所以详细询问病史，严格的体格检查，密切的病情观察，及早的手术治疗，术后的精心护理都是成功的关键。

1. 病史询问：在有条件的情况下必须向伤员或受伤在场人员进行详细的病史询问，主要以受伤时间、原因、外力的大小，着力部位，伤后的表现及变化，伤后曾做何种处理及伤前的健康状况。

2. 体格检查：一定要周密细致，决不能遗漏阳性体征。首先从病人的意识做出正确判断，对各种反射生命体征，受伤的部位和微小变化都要进行综合的分析，必要时做腰穿、脑血管造影等。

3. 观察伤情变化：颅脑损伤病人病情多变，特别是对脑组织受压症状要做出早期诊断和处理，对病人的预后非常重要。主要观察意识、瞳孔、生命体征，头痛呕吐，肢体运动等改变。一旦出现意识障碍进行性加重、瞳孔、血压、脉搏、呼吸的异常，有脑疝的表现应立即开颅探查。

4. 术后护理：开颅术后大部分病人昏迷，恢复过程较长，容易出现并发症，护理质量直接关系到病人的康复，必须做好①呼吸道的护理，②消化道的护理；③五官的护理；④泌尿系护理；⑤皮肤的护理；有必要的情况下医生应根据病情变化亲自指导护理工作。