维普资讯 http://www.cqvip.com

表5 性别组院内感染率

性别	<1岁	1~10岁	10~30岁	30~50岁	>50岁	合计
男	33	15	29	70	220	367
女	18	6	26	60	113	223
合计	51	21	55	130	333	590

注：两组比较，$P<0.05$

3 讨论

从我院院内感染情况调查分析，医院感染率为4.05%，与其它医院相比较接近，感染率最高的科室为内科，感染率为6.0%，其次是骨科为4.56%，外科为4.17%，分析其原因，内科患者为慢性病，多发病，住院时间较长，免疫力低下，如果不恰当使用抗生素，加上化疗、各种激素的治疗措施等因素，很容易引起医院感染[1]。从感染部位看下呼吸道占感染构成的19.8%，由于呼吸道是易浸入细菌的薄弱组织，空气流通不好或消毒措施不严格，加之患者身体虚弱，抵抗力差，都会增加感染的机会[2]。调查结果中年龄有差异，小于1岁及大于50岁患者感染率高，分别为4.86%、5.9%。男女感染构成男多于女。所以必须完善医院的隔离、消毒、污物无害化处理等，制定配套的护理医学，从多方面查原因、堵隐患，比如必须注意医护人员手的卫生，经常认真洗手及做好日常护理工作，可以从外因上减少或避免感染的发生。

院内感染发生的季节性不明显，春夏季略高于秋冬季，有待于进一步研究及加强防护。在医院感染监测中，普遍存在着漏报现象，为提高感染监测的准确性，建议广大医护人员努力学习院内感染知识，熟悉诊断标准，掌握监测本领，降低漏报率，预防和控制院内感染的暴发和流行。

[参考文献]

[1] 吴晓磊，赵衍青. 4264例住院病例医院感染情况调查[J]. 医学动物防制，2002,18(12):692-693.
[2] 刘小康. 176例医院感染流行病学分析[J]. 江苏预防医学，2000,11(1):63-64.

（编辑：张天飞）

阑尾粘液囊肿12例临床分析

Clinical analysis of appendiceal mucocele in 12 cases

陈 战，林大富，涂永久 （解放军第174医院，福建 厦门 361003）

[关键词] 阑尾；粘液囊肿；诊断；治疗
[中图分类号] R735.36 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2005)01-0029-02

阑尾粘液囊肿临床上较少见，无特殊典型的临床症状与体征，术前诊断困难，常出现误诊及漏诊。我院从1997年6月至2004年4月共行阑尾切除手术1 745例，其中阑尾粘液囊肿患者12例，现结合文献对阑尾粘液囊肿的诊断和治疗进行分析和讨论，以期提高对本病的认识。

1 资料与方法

1.1 临床资料

12例中，男7例，女5例。年龄17~73岁；病程1天~5年。急症入院8例，非急症入院4例。术前诊断为急性阑尾炎5例，肠梗阻2例，慢性阑尾炎、回盲部肿瘤、肠套叠及右下腹肿物性质待查各1例，1例术前未确诊。12例中7例有1~5年慢性右下腹痛病史，6例扪及右下腹包块。12例行B超检查，6例提示有右下腹囊性肿物。

1.2 治疗方法

手术见阑尾囊肿最大者6 cm×3 cm×2 cm，最小者2 cm×1 cm×1.5 cm，囊肿大部分呈椭园形，位于阑尾远端7例，中远端5例。囊肿伴发急性阑尾炎5例，慢性阑尾炎3例，肠梗阻、肠坏死2例。其中常规阑尾及囊肿切除7例，3例行盲肠及末段回肠切除，1例行右半结肠切除回肠横结肠端端吻合术，1例行阑尾及囊肿切除加回肠部分切除端端吻合。

2 结果

12例均治愈出院。11例病理检查结果为良性阑尾粘液囊肿。1例为囊肿并发腹膜假粘液瘤，行右半结肠切除回肠横结肠端端吻合术，术后16个月复发，再次手术后反复发生肠梗阻。

3 讨论

3.1 诊断

阑尾粘液囊肿发病率低，国内文献报道约占阑尾切除标本的0.25%~0.5%，其误诊率达89.7%[1]。本组病例为0.7%，术前诊断符合率仅有0.8%。误诊原因主要是对这种少见病缺乏认识。具体分析考虑与以下因素有关：①对本病认识不足，加上阑尾切除术多由低年资医师操作，缺乏经验导致误（漏）诊；②阑尾粘液囊肿大小不一，较小的囊肿可无临床症状，如能扪及囊肿又无并发症的发生时常误诊为盲肠肿瘤、阑尾脓肿、卵巢囊肿等；③对一些病人，尤其是急症病人，术前检查不详细，没有进行必要的B超、CT及钡灌肠检查，或虽然进行了B超检查，但对其检查结果不能结合临床作出正确分析；④囊肿发生并发症时常表现为急性阑尾炎、急性肠梗阻、肠扭转、肠套叠等急腹症情况，尤其囊肿与周围组织粘连发生肠梗阻，更不易诊断其为肠梗阻的病因，这些并发症的症状掩盖了原发病。

[收稿日期] 2004-09-18 [修回日期] 2004-11-08

维普资讯 http://www.cqvip.com

3.2 病理及病理生理

阑尾粘液囊肿主要是阑尾炎性病变造成阑尾腔内狭窄或阻塞,阑尾远端粘膜上皮组织中的粘液细胞分泌的粘液不能排出,阑尾腔因粘液潴留而扩张形成囊肿,因此,阑尾炎是它的一个病因。所以,阑尾粘液囊肿实际上是潴留性囊肿。而阑尾假粘液瘤的疾病分类目前尚有分歧,有的学者认为其发生是由于粘膜中含有分泌细胞,可能发生腹腔内广泛种植转移,形成腹膜假粘液瘤,认为其为阑尾粘液囊肿中的一个特殊类型[2],有的学者却认为它是真性肿瘤[1],与阑尾粘液囊肿是不同的疾病,破溃后可以种植腹膜形成继发的腹膜假粘液瘤,与阑尾粘液囊肿肉眼无法区分,宜加以注意。值得注意的是,阑尾粘液囊肿破裂后可能会引起腹腔假粘液瘤,会显著减低病人的存活率[3]。

2.3 治疗

阑尾粘液囊肿可以导致多器官临床表现,结合本组病例及国内外文献报道,其并发症主要有:急性阑尾炎、急性肠梗阻、腹膜假性粘液瘤形成、囊肿破裂、囊肿继发感染、囊肿坏死出血等。解决问题的唯一方法就是手术治疗。治疗方法就是将阑尾及囊肿一并切除,并处理好相应并发症。

具体术式与囊肿部位、大小、性质及其与周围组织脏器的关系而定。如囊肿较小,位于末端,距阑尾根部有一定距离的阑尾粘液囊中可行单纯阑尾切除。全阑尾型或盲肠根部型,可行阑尾切加回盲部部分切除术,修补盲肠的缺损要注意防止回盲瓣处的狭窄。如囊肿大、粘连严重,有肠梗阻征象,应扩大切除范围,本组1例行右半结肠切除回肠横结肠端端吻合术。术中注意防止出现囊肿破裂,引起腹腔内种植。如囊肿已自发性破裂,常伴腹腔内粘连,术中尽量清除腹腔内粘附的胶冻样物,术毕反复冲洗腹腔,以免术后腹腔假粘液瘤发生,术后吻合口附近放置引流管,以防肠瘘发生。阑尾囊肿常在手术中发现,术中单凭外观不能区别阑尾粘液样囊肿与阑尾粘液性肿瘤,为防止后者破裂发生种植性假粘液瘤,宜常规行术中冰冻切片病理检查,术中应注意完整切除。对诊断恶性阑尾粘液囊肿者,应作进一步扩大手术切除范围。

[参考文献]

[1] 华积德.现代普通外科学[M].北京:人民军医出版社,1999.686-687.
[2] 王尚透,叶再元,吴钟玖.阑尾粘液囊肿和粘液性肿瘤[J].综合临床医学,1994,10(4):193-194.
[3] Landen S, Bertrand C, Maddern GJ, et al. Appendiceal muco-celes and pseudomyxoma peritonei[J]. Surg Gynecol Obstet, 1992, 175(5):401.

(编辑:蒋登金)

Mammotome系统完全旋切乳房良性肿块的手术配合

Intraoperative cooperation in complete circular resection of benign breast tumor with Mammotome system

蔡清萍,季华萍,王 强 (第二军医大学附属长征医院外科,上海 200003)

[关键词] 乳房;良性肿块;手术
[中图分类号] R655.8 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2005)01-0030-02

移植、微创、修复是今后外科发展的主要方向,而Mammotome系统的主要优点即美观与微创,在超声实时监控导航下,它采用真空吸引和旋切的方法,可连续切除乳腺良性病变的全部组织[1-3]。我院自2002年11月至2003年1月应用Mammotome微创旋切系统(美国强生公司,SCM23K型)治疗乳房良性肿块29例,疗效满意,现将术中体会归纳如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组29例患者全为女性,年龄最小17岁,最大39岁,平均25岁,其中乳腺纤维腺瘤:单发13例(其中1例为隆乳术后),2个4例;乳腺腺病并纤维瘤形成8例;乳腺腺病4例。

1.2 方法

患者采用舒适的仰卧位,常规消毒铺单,用B超(美国PHILIPS公司,ATL-5000SDNOCT彩色宽频,探头频率9~12 MHz,中心频率10 MHz)探测乳腺病灶定位,用1%利多卡因局部浸润麻醉。在B超引导下,避开血管选择角度,用22 G去针头将局麻药注射到穿刺创道及病灶基底部。然后用尖刀在选择较隐蔽部位切开约3 mm皮肤,将11 G或8 G Mammotome旋切刀轻柔插入病灶基底部,使该刀头的凹槽正对病灶。打开Mammotome旋切模式进行连续的真空抽吸旋切。在B超的实时监控下,不断调整旋切的深度和角度直至病灶被完全切除。29例患者的乳腺肿块均被切除,术中及术后第三天B超复查均证实肿块被完整切除。所有操作无一例失败,乳房上仅留下3 mm微小创口,除一例出现局部皮下淤血及一例术中轻度恶心外无其他并发症。

2 手术配合

2.1 病人准备

因Mammotome系统为新引进的新仪器,初始阶段临床上选择诊断为乳腺良性病灶者进行实施切除术。术前向患者解释该手术的优点,可能出现的意外并发症及防范措施,使患者知情,消除顾虑,能积极配合手术治疗,对乳腺内置有假体者应慎重选择刀头刺入途径。所有患者均采用舒适的体位,头部垫海绵头圈,根据病灶部位,适当垫高患侧肩胛部。

2.2 仪器与导管准备

除常规准备器械,消毒外,将必备的Mammotome系统配套装置推入介入室,并检查各配套设备是否齐备,引流管、引流桶

[收稿日期]2004-08-02 [修回日期]2004-11-08