维普资讯 http://www.cqvip.com

散。5.动脉栓塞的观察及处理：介入化疗有存在返流性误栓的可能，尤其是下肢小动脉栓塞，故术后应常规观察足背动脉搏动情况，肢体的温度及颜色变化。当发现足背动脉减弱或消失，体温不升，颜色发紫、剧烈头痛、意识障碍、瞳孔不等、血压升高及脉搏减弱时，除常规应用低分子右旋糖酐抗凝外，还需立即配用1%普鲁卡因20ml及尿激酶5万"加入生理盐水50ml内缓慢静注，视情况每30分钟一次。同时鼓励患者排尿。6.防止肝动脉置管栓塞及污染：应严格无菌操作给药，应用2%肝素生理盐水封管，以防止血液在管内凝固。7.化疗药渗漏的护理：化疗药有时从穿刺部位渗漏至皮下造成局部皮肤炎性坏死，术后24h应注意观察穿刺部位有无红、肿、热、痛等现象。如有发生，可给予强的松龙局部封闭或清凉膏外涂，禁止热敷，以防止坏死部位扩大。8.预防感染：由于肿块压迫引起腔道引流不畅，化疗后白细胞下降，易引起感染，除严格执行无菌操作及消毒隔离制度外，应减少陪客防止交叉感染。术中及术后3天常规使用抗生素，9.肢体瘫痪：由于骨髓前动脉、椎间动脉及支气管动脉有共干现象，有的介入化疗患者可出现肢体瘫痪，文献报道发生率约2%，本组未见发生。一旦发生应注意栓塞与瘫痪的鉴别，针对不同情况分别抢救。有条件的术前应做动脉造影检查。

随着介入化疗的广泛开展，有关其并发症及护理的研究将不断深入，本文仅就中晚期原发性肝癌介入化疗中的护理经验及体会作一初步探讨。

（收稿：1998－05－06）

24f-250 阑尾扭转手术 阑尾扭转 治疗 26

阑尾扭转手术8例分析

郑裕隆*

R656.8

阑尾扭转是临床罕见，尸检也少有发现，自1910年Ringel首例报道以来，国内外文献均极少报道及阐述，我院1988～1996年曾收治阑尾扭转8例，均经手术证实，特简要报道。

一、临床资料：本组均为男性，年龄6～75岁，平均31.4岁，病程18～96小时，平均41小时。腹痛突然发作5例，缓慢起病3例，自脐周转移至右下腹3例，其中1例转全腹，自上腹转移至右下腹2例，始终局限于右下腹3例，胀痛4例，隐痛2例，绞痛及刺痛各1例，痛呈持续性伴阵发性增剧4例，持续性及阵发性各2例，伴恶心呕吐7例，畏寒3例，发热2例，腹泻1例。既往有类似腹痛2例。体检体温正常6例，38.5℃2例。右下腹肌痉、压痛、反跳痛5例，右下腹肌紧、压痛、反跳痛1例，下腹肌紧、压痛、反跳痛1例，右下腹压痛、反跳痛1例。白细胞计数正常4例，11.1～12×10³/L 4例。术中见阑尾长4～6cm 4例，7～12cm 4例，平均7.1cm。扭转均始于阑尾根部，全阑尾及其系膜均扭转，顺时针扭转7例，逆时针扭转1例，扭转180°～720°，平均350°，其中180°2例，270°1例，360°4例，720°1例，均作阑尾切除术后全愈。病检示阑尾急性化脓性炎4例，坏疽性炎2例（其中穿孔1例），单纯性炎1例，未见异常1例，伴周围炎6例。

二、讨论：阑尾扭转系阑尾自身及其系膜围绕阑尾纵轴旋转，引起阑尾管腔梗阻及系膜血运障碍，其发病率甚低，自0.03～4%，本组在同期4907例阑尾切除术中仅占0.16%。

阑尾扭转以顺时针向为多，偶逆时针向，扭转程度自180°～1440°不等，多数在360°～720°间，＜360°较少，＞720°罕见，扭转大部始于根部，包括全阑尾及其系膜，偶见中段扭转，但仅远端扭转极少。本组88%顺时针扭转，均系全阑尾扭转，扭转＜360° 3例，＞360° 5例。阑尾扭转引起管腔梗阻及炎症，系膜血运也发生障碍，但扭转程度较轻者（＜360°）发生血运障碍者较少，而＞720°者易坏疽，穿孔。本组除1例外，均有炎性改变，其中化脓性炎4例，坏疽性炎2例。阑尾位置与扭转关系，一般多见于盲肠内下方，其他部位也可发生，本组1例见于盲肠后位。阑尾长度与扭转有关，多见于阑尾长度超过7cm者，但短小者也可扭转，本组阑尾长4～12cm，其中＞7cm者4例。

病因尚无定论，但与下列因素有关：1.解剖特点：阑尾为一盲端游离的细长，狭小肠管，儿童盲肠移动度较大，移动盲肠，中肠旋转不全，阑尾过长，系膜过长或

* 作者单位：210006 江苏省南京医科大学附属南京第一医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

过短，扭曲，脂肪沉积不匀，腔内积粪过多均易导致。2. 重力因素：阑尾腔内或管壁炎症、积液、囊肿、肿瘤、寄生虫、粪石、异物、粘连等易致重力分布不匀而绕纵轴扭转。3. 动力改变：体位突然改变，不规律运动，肠功能紊乱，蠕动节律改变均可引发。4. 临床表现：可发生于任何年龄，以成年为多，男性明显多于女性。病程较长，腹痛多突然发作，少数缓慢起病，常呈阵发性后转持续性胀痛或绞痛，自脐周转移至右下腹或始终局限于右下腹，可伴恶心呕吐，腹泻便秘，畏寒发热，白细胞增多。体检常示右下腹肌痉或肌紧、压痛、反跳痛，其临床表现与急性阑尾炎相似，术前难以确诊，本组均以急性阑尾炎就治。5. 治疗：应及时手术，解除扭转，切除阑尾。

直肠阴道瘘

（收稿：1998－04－28）

250-251 电子痔疮治疗机 痔核 治疗 并发症 27

电子痔疮治疗机治疗痔核的罕见并发症—直肠阴道瘘

黄信琪*

R657.105

我院自1992年以来，曾用国产WD—Ⅰ型电子痔疮治疗机治疗各期内痔以及混合痔的内痔部分共562例，其中发生一例罕见的并发症——直肠阴道瘘，现报道如下。

一、临床资料：患者，女，35岁，已婚，因反复便后出血伴肛门瘙痒灼痛10余年，诊断为“环状内痔”。在外院曾经行“痔核结扎切除”，“冷冻治疗”和内服外敷中草药，疗效欠佳。患者有多年“慢性宫颈炎”，“盆腔炎”病史。两天前因再次便后出血，量多，到本院门诊，要求行电子痔疮治疗机治疗。1. 检查肛门外观无异常，未触及肿块，指检除指套有少许淡红色血迹外无特殊。肛镜检：直肠粘膜充血，无脓性分泌物，于齿状线处见环状内痔，大小不等，大则约1.5×1cm，小的有0.5×0.3cm，呈暗红色，粘膜轻度糜烂，检查过程痔核渗血多。2. 治疗过程：病人于左侧卧位，局部用洗必泰溶液常规消毒后铺巾，肛镜检查见膝胸位约7点处有一枚较大的内痔，位于齿状线上，大小约1.5×1cm，呈暗紫红色，粘膜糜烂渗血。用国产WD—Ⅰ型电子痔疮治疗机将双尖头电板由手机操作于齿状线稍上方呈45°刺入痔核根部，进针深度为0.5～0.7cm，通电。电流强度由2mA开始逐步增大到病人能耐受的18mA，持续治疗10分钟，在治疗过程可见治疗机的双尖头电极所刺入的痔核根部有白色泡沫泛起，发出轻脆的“叭叭”声，10分钟后见痔核的色泽由紫红色呈红白色，渗血停止，结束治疗。3. 症状出现：治疗后第3天，病人感到阴道内烧灼痛，外阴红肿，有黄色稀薄液体流出，有时感阴道口有气体逸出，经阴道镜和肛镜检查，见阴道内有中等量黄色粪汁样液体，味臭。阴道后壁距阴道外口约3cm处有一个黄豆大小的瘘孔，证实为直肠阴道瘘。4. 再次治疗：诊断明确，经研究，病人因瘘孔小，发病时间短，创面较新鲜，主张先用非手术疗法，每日用1∶5000高锰酸钾溶液清洗阴道数次，口服甲硝唑片，0.4/次，日服3次。加强局部卫生和对症治疗，6～7天后，白带明显减少，无腥味，阴道内不再排出气体，10天后检查，阴道清洁，粘膜光滑完整，瘘孔闭合，予以出院。

二、讨论：患者因患环状痔多年，经行上述治疗后并发直肠阴道瘘，实属罕见，如不注意防范，仍可发生。据报道，造成直肠阴道瘘原因诸多，如肠道的慢性炎症，Crohn氏病，慢性溃疡性结肠炎，慢性憩室炎，直肠前壁或坐骨直肠窝脓肿，慢性盆腔炎，异物刺入，Ⅱ度产伤，行外阴切开修补，缝针太深伤及直肠腔等。我们体会到要防止直肠阴道瘘的发生必须很好学习局部解剖学，必须了解有关盆腔和直肠腔的解剖关系。在女性，距肛门5～8cm处，直肠前面的腹膜便向前反折于阴道后壁，转而向上覆盖于子宫表面，形成直肠子宫陷凹。女性的腹膜反折位置较男性低，尤其是直肠全脱垂的女性患者，直肠子宫陷凹的位置更深，甚至可突入直肠由肛门脱出，在直肠与阴道之间有“直肠阴道膈”，很薄，且紧贴于阴道壁处，特别要注意的是在女性，腹膜反折线以下，直肠的前壁紧贴于阴道后壁的后方，在此处进行肛肠手术如方法不当，电灼时探头刺入过深，电流量过大，动作粗糙均可能伤及直肠阴道膈，造成直肠阴道瘘。

小结：治疗痔时，首先要熟悉直肠盆腔的解剖学，对于女性，要了解有关盆会阴间隙以及盆腔筋膜的局解知识。其次，要熟悉治疗机的性能，原理，操作方法，

* 作者单位：650101 云南省昆明医学院附属第二医院外科