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

维普资讯 http://www.cqvip.com

动作轻柔有序，电极探针不要插入太深，电流量不要突然加大。第三，掌握正确的止血方法，防止盲目钳夹止血，以免烫伤周围组织。第四，一旦发生直肠阴道瘘，如瘘孔小，瘘道不深，瘘管在阴道口肛齿线以下，病变时间短，应采取非手术疗法，此时强行修补只会适得其反，瘘孔会更加扩大。

（收稿：1998－09－12）

植骨延长再造拇指的方法

王 瑛* 宋新平* 张友朝*

手的功能是5个手指协调作用的共同结果，拇指更为重要，缺少任何一个手指或其一部分，都将影响整个手的功能。如果整个手的功能为100% 按5个手指的活动范围及正常功能需要不同，功能丧失所占的比例也不同，其中拇指占整个手的40～50%，所以拇指功能是非常重要的。现介绍一种用植骨延长再造拇指的方法。拇指缺损平面达第一掌骨头或第一掌骨远端2/3的病例，进行拇指功能重建时，如有条件应考虑行示指拇化术（示指移位术），再造的拇指由于保留原有的神经、血管和肌腱，手指的外形、感觉和功能均良好，如条件技术适宜患者，则有时行植骨及皮管移植再造拇指，但再造的拇指外形臃肿，功能、血运及感觉很差。因此，对这类病例可以利用拇指残端翻转皮瓣，并使用植骨延长残端，同时作交臂皮瓣或胸部皮瓣移植，以重建拇指功能。由于延长的拇指翻向掌侧的皮瓣是拇指原有的皮肤，指背又为较薄层的前臂或胸部皮肤，所以感觉和外形较好，如掌指关节存在，还有一定的屈伸功能，用这种方法可将拇指延长2～2.5cm。

自1992年以来，作者对15例这种拇指缺损的伤员采用上述方法延长拇指，获得较满意的效果，现将手术步骤介绍如下。

1. 于拇指残端背侧作“U”形切口，长宽比例一般为1:1.5。为使皮瓣血运良好，皮瓣成形时可从伸肌腱浅层剥离，将指背皮瓣翻向掌侧（图1）。如拇指残端为疤痕皮肤，与指骨残端紧密粘连，估计影响翻转皮瓣的血运时，术前予先进行残端修整，适当缩短指骨，待残端皮肤柔软后（一般需3～4个月）再施行此手术。

2、截除指骨部分残端，并扩大残端的骨髓腔（图2）。

3、于髂骨上切取骨条，根据指骨的粗细和形状，将骨修整成植骨条（图3），植骨条的长度与翻转皮瓣的长度一致，不要过长以免使翻转皮瓣有张力而影响皮瓣的血运。植骨条主要为皮质骨，稍带松质骨，尤其是近端插入骨髓腔部分应为皮质骨，以增加其坚固程度。如采用松质骨不但质脆易断，而且容易引起植骨条的吸收。

4、将指骨条插入残端骨髓腔，植骨条末端用小克氏针或注射针头钻一孔，并将手指掌侧皮瓣远端用缝线固定于指骨条末端。

5、指背皮肤缺损区采用前臂交叉皮瓣或胸部皮瓣覆盖，皮瓣的蒂部宜在拇指的桡侧。

6、术后四周皮瓣断蒂，早期行拇指腕掌或掌指关节的功能锻炼，术后3个月，植骨条骨性愈合后即可使用（图4）。

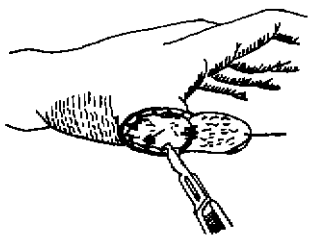


图1 翻转皮瓣成形

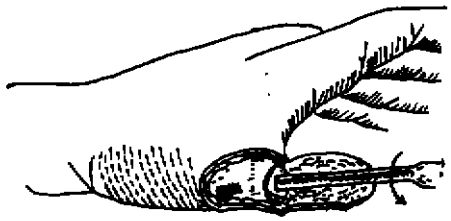


图2 扩大指骨骨髓腔

* 作者单位：833200 新疆兵团奎屯医院