维普资讯 http://www.cqvip.com

告。

临床资料：本组男性 151 例，女性 51 例，年龄：47～72 岁，平均住院：16.5 天。分类：食管上段癌 2 例；中段食管癌 58 例；下段癌 94 例；胃底贲门癌 48 例。

营养管准备与操作方法：材料准备：取内径 2.5～3mm，长 100cm 硅胶管一根，近端剪 2～3 个侧孔，间距 3～4cm，放入 1∶1000 新洁尔灭中浸泡 2 小时消毒，操作方法：将已消毒之营养管近端插入胃管第二侧孔中，随胃管自鼻腔下入胃内。术中再把营养管经吻合口下入十二指肠内。

营养液配制及应用：术后第 3 天肠功能恢复，可自营养管内滴入温开水 50～100ml，每日两次，观察病人有无反应以后每日分别滴入牛奶、果汁，肉汤、经济条件允许可滴入要素饮食（要求温度适宜，无渣）每次用量根据手术后的日期逐渐增加，即由 100ml 增加 300ml，次数由 2 次增加 8 次。术后第 11 天可拔管给流食。

体会：①我们体会营养管在食管癌围手术期对吻合口和刀口愈合有一定促进作用。营养管在十二指肠的置放，营养液可不接触创面而直接到达小肠被吸收，由于营养液种类多、营养丰富，比静脉滴入的药物全面，这样病人术后一般不会发生低血钾或酸中毒，本组病例由于手术前放置营养管术后均无吻合口漏和切口裂开，并且很快出院（平均住院 16.5 天）。②几点注意事项：做好病人心理护理，将营养管与胃管一起往鼻腔放入胃内，病人易产生恐惧紧张心理，尤其高龄女患者不易接受，护理的要耐心讲解营养管的作用，操作时要细心、轻柔，鼓励病人配合，为防止对鼻部咽部的刺激，可涂些石蜡油，当营养管到达咽部时令做吞咽动作或饮一口水，这样做会很快将管送到胃内；配制的营养液要经两层以上纱布过滤，清除残渣（要素饮食除外），最好在 38～40℃左右，因过冷或过热都会对小肠粘膜损伤，使病人感到腹部不适；营养液一般放入吊瓶内缓慢滴入营养管，速度不宜太快，20～40 滴/分，用毕注意用开水冲洗用具，防止污染；对病人做好口腔护理，病人如能自理可每日早晚刷牙一次，否则需要护士做口腔护理，保持病人口腔清洁卫生，③放置营养管的优点：我们制做的营养管是以硅胶管为材料，具有价格低廉管细质软，刺激小，不变质的优点，病人易接受。另外营养液的加次加量也使静脉输液量大大减少，这样即减轻了护理负担也减少了病人的痛苦，同时还节省了药液因此可广泛推广应用。

（收稿日期：1996－05－27）

3∫-40 急性 子宫内翻 急救 77

急性子宫内翻 3 例抢救体会

中国长城铝业公司职工医院 李福安
（河南郑州上街，邮政编码 450041）

R714.464
R714.74

急性子宫内翻是子宫内膜面向外翻出。是第三产程的严重并发症，虽罕见，但仍有发生。1980～1990 年所遇完全性子宫内翻 1 例、不完全性子宫内翻 2 例，其中 1 例发病 14 小时、血色素 40g/L 并无发现子宫坏死，均经手法和手术复位痊愈。现报道如下。

临床资料：①年龄最小 22 岁，最大 30 岁，平均 25.4 岁。胎次：一胎 2 例，3 胎 1 例，孕 39 周 1 例，孕 40 周 2 例，病人来源，农村 2 例，基层医院 1 例。确诊时间 1 小时 1 例、4 小时 1 例，14 小时 1 例；原因：3 例均有用力牵拉脐带史；临床表现：休克：重度 1 例、中度 1 例，轻度 1 例。出血情况：Hb80g/L1 例、Hb65g/L1 例、Hb40g/L1 例，疼痛：3 例均在发病时下腹痛，以后减轻。复位方法：手法 1 例，患者第 2 胎孕 40 周，发病 1 小时，宫颈松驰，一般情况好，Hb80g/l。完全性子宫内翻。纠正休克，在全麻下，手进阴道先扩张宫颈后，把宫底握于手心，5 指贴宫体，轻柔徐徐以柱状式上推入宫颈后，5 指呈半握拳式渐扩大拳心以倒翻布袋状徐徐上推渐呈握拳式支撑宫底，使宫底完全复位，腹部手轻柔略下压徐徐下滑辅助宫体凹陷上移达宫底复位。这时立即从输液滴管滴入催产素 10u。腹部手变抓宫体式轻柔按摩宫底促进子宫收缩，宫腔手停留约 4～5 分钟，待宫体渐收缩变硬，助手虎口向上握宫体宫腔手退出，患者给臀高位。20 分钟再静滴麦角新碱 0.4mg。以后以催产素静滴持续 5 小时，未作宫腔填塞。②腹部手术复位：一例发病 14 小时，

维普资讯 http://www.cqvip.com

Hb40g/L，宫颈收缩，一般情况差，为不完全子宫内翻。双路输血输液，全麻下，以一把鼠齿钳夹宫底目视最低位，助手提着，术者从凹陷折叠环后壁切口 5cm，以减轻环的张力，以两把鼠齿钳从切口低端，轮换交替上提后壁和前壁凹陷，很容易将宫底复位。宫体注射催产素 10u 并按摩宫底，待子宫收缩变硬后，缝合切口，以催产素静滴持续 5 小时。

结果：手法复位 1 例，腹部手术复位 2 例均痊愈。

体会：急性子宫内翻极少见。但农村及基层医疗单位有时发生，并多以产后出血转入就近基层医院，报道少可能与此有关。

产后发生不明原因的休克与出血量不相符，应想到本病。急性完全性子宫内翻不难诊断；而急性不完全性子宫内翻诊断有一定难度，需仔细检查可能发现。必要时可手入宫腔检查。B 超有助于诊断，待探讨。

治疗的关键是子宫复位。一旦确诊应当机立断，分秒必争，越早越好。腹部手术复位以后壁小切口为宜。优点快而容易，可避免前壁切口损伤膀胱。鉴于计划生育只生一个孩子尤为可取。手法复位要注意掌握操作方法，避免粗暴损伤宫内膜，并给适当宫缩剂，避免再翻出。同时注意感染的予防和治疗。

予防产后急性子宫内翻十分重要。应严格掌握第三产程胎盘剥离征象，切忌不可用力过早牵拉脐带。严禁强力腹部推压宫底助产。对子宫过度膨大如巨大儿、双胎等，待胎儿娩出后可注射催产素。对脐带过短或脐带缠绕相对脐带过短者待胎头娩出后立即断脐。

（收稿日期：1996－05－27）

阑尾盲肠内套叠手术 1 例

南京市第一医院外科　郑裕隆
（江苏南京，邮政编码 210006）

患者女性，33 岁。因右上腹包块 1 年，腹痛 9 小时入院。查体：右上腹可扪及 8×7cm 包块，质韧、光滑、可移动、有压痛及反跳痛轻。WBC8.3 $\times 10^9$/L、N0.72，L0.28。术中见回盲部 4×5×5cm 囊性包块，阑尾肿胀、增粗，4×4×12cm，基部套入盲肠内，不能整复，切开盲肠基底，将连同囊肿之阑尾予以切除，并缝合盲肠。术后康复。病检示阑尾粘液囊肿。

讨论：阑尾套叠临床及尸检均罕见，Collins 在 71,000 例阑尾标本中仅发现 7 例（0.01%），我院 1992～1995 年在 2158 例阑尾切除术中也见 1 例（0.046%）。阑尾腔内异物，粪石、虫卵、寄生虫、子宫内膜移位、淋巴组织增生、肿瘤，炎症后局部疤痕结节、管壁节段性炎症等均可诱发管壁强烈收缩及蠕动，另与局部解剖异常也有关，如多发于胎儿型盲肠、阑尾与盲肠交界处呈漏斗状；阑尾管腔近端较远端大；阑尾系膜菲薄，缺少脂肪；或系膜过长致阑尾游离，此例系因阑尾粘液囊肿诱发。

患者男性多于女性，儿童较成人为多，病程较长，腹痛常呈痉挛性，间歇期可完全无症状，多伴恶心呕吐，每扪及腹块、质韧、可活动、粘液血便及排便不规律以有，发热不显，白细胞总数及中性白细胞不高。

手术以阑尾切除为主，阑尾盲肠外套叠可不必整复而作阑尾切除术；盲肠内套叠及复杂性套叠可整复后切除阑尾，若不能整复，可切开盲肠壁整复，再切除阑尾，修复盲肠，若伴血运障碍，可作回盲部切除术。

（收稿日期：1996－05－13）