维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1997 年第 6 卷第 4 期总第 24 期

盲肠、升结肠游动症 11 例报告

四川省第四人民医院 袁志军 李德荣

（四川成都，邮政编码 610016）

因盲肠和升结肠的系膜过长，移动度大和机能失调所引起的病症称为盲肠、升结肠游动症。近年来，本病症文献报道较少，而临床表现各异，手术前较难确诊，现将我们自 1989～1996 年间诊治的 11 例分析报告如下。

临床资料

年龄与性别：年龄自 13 岁至 48 岁，平均 39.5 岁，男性 7 例，女性 4 例。

表 1 盲肠、升结肠游动症症状

症 状	例数	%
右下腹疼痛	9	81.82
其它部位痛	2	18.18
腹泻	4	36.36
便秘	1	9.09
腹泻便秘交替	2	18.18
腹胀	1	9.09

临床表现：主要症状是右下腹痛与大便失调（表 1），主要体征是右下腹压痛，压痛点不固定，随体位变动而改变者 2 例，中下腹触及柔软、活动度较大包块 5 例，压之有咕噜声（手术证实为盲肠扩张后，内实物潴留的表现）。常见并发症为急、慢性阑尾炎等（表 2）。

表 2 盲肠、升结肠游动症常见并发症

并 发 症	例数	%
急性阑尾炎	2	18.18
慢性阑尾炎	6	54.55
阑尾粘液囊肿	1	9.09
回盲部扭转伴肠梗阻	1	9.09
肠套叠	1	9.09

X 线检查：本组病例经肠道钡剂造影检查 8 例，X 线诊断属盲肠、升结肠游动症Ⅰ度 2 例（盲肠、升结肠推至脊柱右缘），Ⅱ度 5 例（盲肠、升结肠推至脊柱前），Ⅲ度 1 例（盲肠、升结肠推至脊柱左缘），8 例阑尾均不显影。

手术及效果：本组病例均采取手术治疗痊愈。阑尾切除及盲肠固定术 10 例，阑尾切除，盲肠、升结肠固定术 1 例。其中Ⅰ度 3 例、Ⅱ度 7 例，Ⅲ度 1 例。术后经随访，本组病例症状基本消失。

讨 论

一、盲肠、升结肠游动症的解剖基础及病理生理改变

盲肠位于右髂窝内，几乎全被腹膜包裹，故移动性小，约 5% 盲肠后壁无腹膜遮盖，直接贴近髂窝内，为腹膜间位，故不能移动，在少数情况下，盲肠与回肠末段有共同系膜，则有较大的移动性[1]。有时，盲肠可从右侧移动到左侧。升结肠是盲肠向上的延续部分，沿腰方肌及右肾前方上升，借结缔组织附贴于腹后壁，仅前面及两侧腹膜覆盖，故活动性小，但当该处结缔组织发育不良时，升结肠后壁形成松驰之系膜，则具有较大移动性。所以，盲肠、升结肠系膜过长，移动度过大乃是盲肠、升结肠游动症的解剖基础。实质上是先天性的解剖变异，本症本身可无症状，但可引起一些大肠功能失常的表现，如盲肠、升结肠吸收水份为主，当处于游动状态时，肠道内容物通过时间缩短，吸收水份减少，导致腹泻。此外，因位置变化可致盲肠、升结肠的扭转或回盲部套叠，致肠道内容物通过时间延长，过量吸收水份，出现腹痛，腹部包块或便秘。

二、本症的诊断

盲肠、升结肠游动症在临床上易与其它疾病混淆，导致诊断及治疗上的困难，本组病例的初诊为慢性阑尾炎 5 例，急性肠梗阻 1 例，痢疾 1 例，慢性肠炎 2 例，经过内科治疗，效果不显著，治疗后仍复发。因此，我们认为，凡是年青人有慢性右下腹痛、腹胀、便秘、腹泻或两者交替发生，右下腹虽有压痛，但压痛点常随体位变动而改变，且在中下腹可触及柔软之包块时要考虑本症之可能，X 线钡餐和钡剂灌肠检查是术前诊断本症的重要方法，行 X 线肠道钡剂造影检查时，除按常规观察肠曲的外形、腔径大小、张力高低、蠕动、排空及功能外，还应推压盲肠、升结肠，以了解盲肠、升结肠的位置及活动范围，同时，还可采取不同的体位检查，以提高对本病症的诊断率[2]。

三、盲肠、升结肠游动症的并发症处理

盲肠、升结肠游动症常见并发症的处理原则是：①并发急、慢性阑尾炎时，先行阑尾切除再行盲肠、升结肠固定术。②并发阑尾粘液囊肿的处理方法同慢性阑尾炎。③并发回盲部扭转时，应行急诊手术治疗，术中应先复位扭转肠襻，再判断有无肠管血运障碍，若无血运障碍，行肠固定术，若有坏死则应作坏死肠管切除、肠吻合术，可不作盲肠、升结肠固定术。④并发肠套叠时，先回复套叠肠管，若肠管无坏死，于复位后作固定术，若肠管已坏死，应行坏死肠切除吻合术，肠切除过

维普资讯 http://www.cqvip.com

32-33

14

宫腔镜检查术对异常子宫出血的诊断价值

哈尔滨市第六人民医院 田丽娟 孙家兰

北京医院 申桂华

（黑龙江哈尔滨，邮政编码 150036）

R711.504

提要 本文总结了我院自 1988 年 4 月至 1995 年 12 月应用西德生产 wolf 宫腔镜检查异常子宫出血共 103 例，均为已婚妇女，年龄为 25～66 岁间，平均 42.5 岁，其中月经过多、不规则 83 例，绝经后出血 20 例。结果：月经过多伴子宫肌瘤 33 例、子宫内膜息肉 30 例，子宫内膜癌 2 例、子宫内膜肥厚 14 例，4 例未见异常。绝经后出血 20 例中，子宫内膜萎缩 8 例、子宫肌瘤 6 例，内膜息肉 5 例，内膜肥厚 1 例。

本组结果说明宫腔镜检查由于直视下观察宫腔及内膜病变、对于宫腔占位病变仍可作出明确诊断，对于子宫内膜增生症在病理的辅助下亦可做出明确诊断，并且还可以在直视下对于小的子宫内膜息肉准确地彻底地刮宫，对于绝经后出血，宫腔镜检查此今段诊刮更有优越性，通过全面观察宫腔镜可以弥补因诊刮导致内膜癌的漏诊，另外可以对于子宫内膜萎缩，避免不必要的刮宫术，因此宫腔镜检查是一种非常理想的妇科检查及治疗方法和手段。

关键词 宫腔镜，异常子宫出血，诊断

我院自 1988 年 4 月至 1995 年 12 月应用西德生产 wolf8989151 型宫腔镜检查异常子宫出血共 103 例，认为宫腔镜检查法对该类疾患有较好的实用价值，现将临床应用报告总结如下。

资料与方法

一、资料：1988 年 4 月～1995 年 12 月间，用宫腔镜检查异常子宫出血 103 例，均为已婚妇女，年龄为 25～66 岁间，平均 42.5 岁，其中月经过多、不规律 83 例，绝经后出血 20 例。

二、方法：①宫腔镜：使用西德产 wolf8989151 型宫腔镜。②患者取截石位，术前半小时常规注射阿托品 0.5mg，操作前行宫颈旁注射普鲁卡因行阻滞麻醉。③膨宫液：为本院用右旋糖酐注射液及羧甲基纤维素钠按一定比例配制而成，用量一般为 200～360ml，膨宫压力在 80～120mmHg。

结 果

一、月经量多，不规律共 83 例，经检查发现子宫粘膜下肌瘤或肌瘤或粘膜层突出 33 例占（39.8%）、子宫内膜息肉 30 例（36.2%），子宫内膜肥厚 14 例（16.8%），子宫内膜癌 2 例（2.4%），4 例未见异常（4.8%）。

二、绝经后出血 20 例中，子宫内膜萎缩 8 例（40%）粘膜下肌瘤 6 例（30%），子宫内膜息肉 5 例（25%）。子宫出膜肥厚 1 例（5%）。

讨 论

由于纤维光学的发展及膨宫介质应用于临床，宫腔镜检查技术有很大的进展，迄今已成为妇科临床上的一种检查诊断和治疗方法，使诊断的确诊率明显上升，我们的体会如下：

一、对异常子宫出血能做出明确诊断：以往对宫腔内病变的检查包括诊断性刮宫、子宫输卵管碘油造影以及近代的 B 超 CT 等，均为间接的，甚至是盲目的，而宫腔镜检查可清楚看到宫内环境及病变能做出明确诊断，而对于小的子宫内膜息肉，可以在宫腔镜直视下，准确彻底地刮宫，亦能达到治疗的目的。本组 83 例月经异常患者中，宫腔镜检查发现病变者高达 79 例（95.2%），主要为子宫粘膜下肌瘤及子宫内膜息肉。Valle[1]曾报告 419 例月经不规则患者中子宫内膜息肉为 39.4%，粘膜下肌瘤为 16.2%，子宫内膜增厚者为 3.8%。另外本组中发现 2 例子宫内膜癌占 2.4%，与文献报道宫腔镜对子宫内膜癌的检出率为 0.61～10.68%[2,3]相仿，这些均充分说明宫腔镜检查能明确及早期发现宫腔内病变。

二、对绝经后子宫出血诊断具有特殊意义：对于绝经后子宫出血，最常用的方法为诊断性刮宫术，但尚有不足之处，Mohr 等[4]研究认为诊断性刮宫对内膜癌的检出率为 80～86.3%，因为即使有经验的刮宫者仅能刮得 70～80%的内膜面，尤其靠近子宫两角部位常被遗漏。trylanel 在绝经后流血患者以诊刮术检查，指出

多，可不再作固定术。

参考文献

1. 郑思竞主编．高等医药院校教材，系统解剖学，第 3 版，北京：人民卫生出版社 1995：136－137.

2. 邓崇强，等．升结肠移动症 22 例报告 实用外科杂志 1985；5（5）：236.

（收稿日期：1997－03－15）