

回盲部肿瘤并发阑尾炎 32 例报告

梁凌炎

(江西省南昌市第一医院 南昌 330006)

关键词:回盲部肿瘤;阑尾炎;早期诊断

中图分类号: R 735.3³

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2005)05-0072-02

我院 1995 年 1 月~2003 年 1 月共收治阑尾炎手术病人 1 932 例,经病理证实并发有回盲部肿瘤 32 例,占 1.65%。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 32 例中,男 17 例,女 13 例;年龄 18~78 岁,平均 58.2 岁;病程 1d~6 个月;以急性阑尾炎收入 24 例,慢性阑尾炎急性发作收入 8 例。临床表现:表现为转移性右下腹痛 18 例,右下腹痛、腹胀、恶心、呕吐、腹泻、发热 12 例,右下腹痛伴包块 2 例。血白细胞总数及中性分类均有不同程度增高者 22 例,中性细胞数增高者 9 例;血红蛋白<110g/L 者 12 例。术后详细追问病史,大便习惯改变者 8 例,有粘液便、血便者 5 例,乏力、明显体重下降者 3 例。

1.2 确诊情况及预后 本组均行手术治疗,术中见阑尾充血水肿,回盲部壁增厚,行阑尾切除术 12 例;术中见回盲部肿物 20 例;行根治性右半结肠切除术 15 例,肿物浸润邻近组织器官,行短路手术 5 例。行阑尾切除术的 12 例,术后右下腹痛无明显缓解,行 B 超、CT 检查,证实回盲部肿瘤者 8 例,术后 1~3 个月内行纤维结肠镜及病理活检证实回盲部肿瘤 4 例;12 例均再次剖腹探查,行右半结肠切除 11 例,短路手术 1 例。术后切口感染 3 例,吻合口瘘 1 例。32 例术后均获随访,1 年内死亡 3 例;2~3 年内死亡 10 例,存活 3 年以上 19 例。

1.3 病理结果 本组病理结果高、中分化腺癌 16 例,低分化腺癌 12 例,粘液腺癌 3 例,乳头状腺癌 1 例,急性阑尾炎 24

前要洗手戴口罩。1 个病人 1 套吸痰盘,24h 更换消毒 1 次,有条件者可以 8h 更换消毒 1 次。吸痰管 1 人一用一消毒,不可重复使用。口腔与气管内吸痰管要分开,吸痰溶液也要分开。采用一次性气管插管或气管切开导管,并对气管切开患者定时更换纱布和气管内套管。

4.2 保持呼吸道通畅 加强湿化,保持呼吸道内部湿润,及时吸出呼吸道分泌物。定时翻身,叩背,2~3h 一次,每次 1~5min。重点叩拍需要引流的部位,沿着支气管大致走向由下往上叩拍。

4.3 口腔护理 应用生理盐水、2%碳酸氢钠、3%双氧水进行口腔护理,每日 3~4 次。应注意观察口腔有无霉菌感染、粘膜溃疡等,并给予相应的处理。

4.4 管饲饮食的护理 每次管饲饮食之前应吸净痰液,抬高床头 4 度或半坐位,抽吸胃液,观察消化情况。未消化者暂不喂食。每次入量 200~250mL,一次入量不宜过长,进食 30min 后再降低床头。进食 0.5h 内尽量不要吸痰,以免食物返流,造成吸入性肺炎。有条件者用鼻饲泵 16h 持续缓慢滴注,1d 的鼻饲量 1 500mL 左右。

4.5 机械及附件的更换与消毒 呼吸机停止使用后必须进行彻底的清理与消毒,并专人负责其保养工作。持续机械通气时应定期更换消毒呼吸机管道,48~72h 更换消毒一次,并定期更换空气细菌过滤器等。

4.6 房间消毒 室温保持在 18~22 度,湿度 50%~70%,注意通风,保持室内空气新鲜,无空气净化装置者每日紫外线照射 2 次,每次 1h。地面用含氯消毒液擦拭 2 次/d,减少探视人员。

5 拔管前后护理

5.1 拔管前护理 (1)拔管前几日应做有效的咳嗽训练,每次吸痰前让病人深呼吸,屏住呼吸几秒钟,然后用力咳嗽 2~3

声,训练其把痰咯出管口外,为拔管后自己能有效咳嗽做准备。(2)拔管前 12h 停用镇静剂,帮助病人树立信心,消除恐惧心理。(3)拔管前遵医嘱用甲基强的松龙 40mg 稀释静脉注射,预防喉头水肿,尽快吸尽口鼻腔分泌物及气管内分泌物,气囊放气,再吸引气道内分泌物,嘱病人深呼吸,呼气时将导管和气囊一并拔出。

5.2 拔管后护理 (1)严密观察病情变化,注意有无声音嘶哑,呼吸是否通畅,分泌物是否容易排出。(2)拔管后 12~24h 保留胃管饮食,待 24h 后开始自行进食。(3)加强呼吸功能的锻炼。①教育病人纠正呼吸时不正确的姿势,指导病人腹式呼吸、缩唇呼吸,吸、呼比 1:2。②深呼吸,有效咳嗽。③胸部叩击,翻身及引流。④指导病人呼吸体操的运动,如压腹呼吸、托天呼吸、甩打、抱球等。⑤指导病人进行有氧训练:床上手足运动坐——站——呼吸体操一步行。(4)职业性康复。让病人回归社会,如练习写字等。

总之机械通气护理的好与坏,与患者的生命息息相关,每个医务人员都应该掌握其基本的护理知识,以达到普及和提高机械通气的临床应用水平。

参考文献

[1]刘又宁.普及和提高机械通气的临床应用水平[J].中华医学杂志,1992,72(7):389
[2]刘又宁.机械通气时的呼吸功能及血气监测[J].中华结核和呼吸杂志,1989,12(3):174
[3]刘又宁,陈良安.机械通气并发症 82 例临床分析[J].中华内科杂志,1991,30(8):692~694
[4]刘又宁.机械通气的撤离[J].中华结核和呼吸杂志,1990,13(4):245~246

(收稿日期: 2005-05-27)

经阴道超声鉴别子宫肌瘤与子宫腺肌症

段欣 林燕明 邹叶萍
(福建省三明市第二医院 永安 366000)

摘要:目的:探讨阴道超声对子宫肌瘤及子宫腺肌症的鉴别诊断价值。方法:应用经阴道超声检查子宫肌瘤 58 例,子宫腺肌症 40 例。结果:子宫腺肌症与子宫肌瘤在阴道超声上检查的二维声像图上存在明显差异性。结论:二者在临床治疗方法上完全不同,因此二者的鉴别诊断对临床处理有重要意义,且经阴道超声检查能更形象直观地观察病灶区域的回声、边界及宫腔线情况。

关键词:超声检查;子宫肌瘤;子宫腺肌症;鉴别诊断

中图分类号:R445.1

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2005)05-0073-02

1 资料与方法

2004~2005 年 6 月间的住院患者,子宫肌瘤 58 例,年龄 26~58 岁,平均年龄 37 岁;子宫腺肌症 40 例,年龄 22~48 岁,平均年龄 35 岁。患者排空膀胱,取仰卧位,双腿屈曲,经阴道探头表面涂适量藕合剂,外套 1 个避孕套,轻轻地送至阴道后穹窿,进行矢状及冠状探测,仔细观察子宫肌瘤、子宫腺肌症的位置、形态、大小及回声。使用 ALOKA630,探头频率 5.0MHz。

2 结果

子宫肌瘤 58 例,其中单纯性子宫肌瘤 48 例,合并子宫腺肌症 10 例,表现为:(1)子宫增大 52 例,轮廓失常 48 例;(2)有假包膜 40 例;(3)内部回声不均出现点状高回声区域 2 例,内部呈现无回声或极低回声区域 3 例,周边有钙化光环 2 例;(4)宫腔线移位 45 例,居中 13 例。子宫腺肌症 40 例,其中弥漫型 31 例,局限型 9 例,表现为:(1)子宫增大 35 例,轮廓失常 10 例;(2)宫内呈散在不均匀强点状回声 26 例,积血小囊 6 例,宫内见圆形或类圆形低回声块 8 例,等回声或稍

强回声 10 例,上述光团边界模糊,无包膜及声晕,后壁回声衰减;(3)宫腔线居中 31 例,移位 9 例。

3 讨论

近年来由于刮宫手术的增多,子宫腺肌症的发病率有明显上升趋势,在临床上其治疗方法与子宫肌瘤完全不同,尤其对有生育要求的患者。子宫腺肌症只能通过药物治疗,手术不能进行剥离;而子宫肌瘤在了解肌瘤的位置、数目后,可以行肌瘤剥除术。因此,二者的鉴别诊断对临床处理具有重要的意义。但是二者有 40%~50%合并存在的可能性,均表现子宫体的增大,无论临床或超声论断都有较高的误诊、漏诊率。经阴道超声检查有助于二者的鉴别。

子宫肌瘤是妇科的常见的良性肿瘤,对于子宫增大、外形不规则、肌层内有明显异常结节样回声,经腹探测诊断较容易,但是有些子宫肌瘤缺乏典型的改变时,经腹超声难以确诊,经阴道有助于这些肌瘤的检出。子宫肌瘤部位较正常肌层回声稍低,假包膜的存在使得肌瘤与正常组织有较为清晰的分界。肌瘤早期呈粘液性或水样变性,表现为充性局部

例,慢性阑尾炎 2 例,慢性阑尾炎急性发作 6 例。

2 讨论

2.1 回盲部肿瘤与阑尾炎的关系 回盲部肿瘤与阑尾炎并存在国内外文献中有诸多报道。国内报道率为 54%^[1-2]。其原因是:(1)肿瘤致阑尾淋巴血流受阻;(2)肿瘤挤压或阻塞阑尾腔;(3)肿瘤使肠腔内压力升高是阑尾血流不畅;(4)肿瘤周围炎症扩散波及阑尾。由此在回盲部肿瘤症状不典型时,往往因为阑尾炎就诊而于术后发现;而患者有典型急性阑尾炎病史、症状、体征时常因阑尾炎掩盖了肿瘤症状而造成误诊或延误治疗。

2.2 强调回盲部肿瘤的早期诊断 由于回盲部的解剖学特点,加之在回盲部肿瘤早期又缺乏特异性表现,故早期诊断比较困难。一旦出现右下腹肿块、贫血、恶质、消化道症状等回盲部肿瘤三联症时,病理多为晚期,根治切除率低。本组病例均因诊断阑尾炎在书中发现或因术后右下腹体征未缓解甚至加重进一步在检查中确诊。我们认为以下几点有助于提高早期诊断率:(1)年龄在 40 岁以上若出右下腹固定性隐腹胀痛者;(2)阑尾炎术后右下腹症状缓解而腹胀、消瘦、排便习惯改变等症仍有存在者;(3)近期内无明显原因贫血、消瘦

者;(4)大便隐血实验多次阳性者。若出现上述情况者应及时进行有关检查。对于阑尾炎患者常规术前右下腹 B 超检查常可发现回盲部肿块。文献报告纤维结肠镜检查诊断正确率达 94%以上^[3]。CT 检查不仅能清晰显示肿瘤大小、浸润范围,还能准确判断肿瘤与周围脏器、组织的关系,在回盲部肿瘤早期诊断中具重要价值。当然,检查方法应遵循简单到复杂、廉价到昂贵的原则。应强调的是任何一种检查方法均不能替代详细询问病史,仔细体查。尤其是以阑尾炎收治病人,切忌先入为主的诊断思路而出现误诊和漏诊。本组 32 例均未在阑尾手术前诊断出回盲部肿物,固然有各种客观原因存在,但部分病例诊断过程中医师的疏忽也应反思。

参考文献

- [1]董米连,林祖朝,邵虎,等.84 例误诊为急性阑尾炎疾病分析[J].中国普通外科杂志,1998,7(1):58~60
- [2]杜重实,汤治平.阑尾炎与回盲部恶性肿瘤并存 33 例临床分析[J].实用肿瘤杂志,1990,5(4):226
- [3]贾欣永,于蒙爱,王令云.纤维结肠镜检查对回盲部癌的诊断价值[J].普外临床,1994,9(1):11

(收稿日期:2005-03-02)