维普资讯 http://www.cqvip.com

2.2 维吾尔族女青年各年龄组间均数两两t检验(见表2)

表2 各年龄组间均数两两 t 检验(P 值)

组别	内眦间距	瞳孔间距	睑裂长度(左)	睑裂长度(右)	睑裂高度(左)	睑裂高度(右)
A、B	0.3584	0.068	0.0003	0.0004	0.289	0.127
A、C	0.9071	0.1819	0.0023	0.0022	0.9775	0.4895
A、D	0.4861	0.2155	0.5035	0.5965	0.4242	0.5048
B、C	0.1799	0.8492	0.1235	0.4327	0.1002	0.1048
B、D	0.7038	0.605	0	0	0.0111	0.0017
C、D	0.344	0.5612	0.0003	0.0001	0.2001	0.0386

注:A代表17岁组,B代表18岁组,C代表19岁组,D代表20岁组

2.3 维吾尔族女青年各年龄组间测距的回归方程

17岁组内眦间距与瞳孔间距回归方程 $y = 0.64x + 3.78$(x=内眦间距,y=瞳孔间距)。

17岁组睑裂长度与睑裂高度回归方程 $y_{右} = 0.95x_{右} + 2.01$,$y_{左} = 0.45x_{左} + 2.62$(x=睑裂高,y=睑裂长度)。

18岁组内眦间距与瞳孔间距回归方程 $y = 0.41x + 4.77$(x=内眦间距,y=瞳孔间距)。

18岁组睑裂长度与睑裂高度回归方程 $y_{左} = 0.52x_{左} + 2.82$,$y_{右} = 0.32x_{右} + 3.028$($x$=睑裂高,$y$=睑裂长度)。

19岁组内眦间距与瞳孔间距回归方程 $y = 0.87x + 3.18$(x=内眦间距,y=瞳孔间距);该组睑裂长度与睑裂高度回归方程 $y = 0.75x + 2.48$(x=睑裂高度,y=睑裂长度)。

20岁组内眦间距与瞳孔间距回归方程 $y = 0.82x + 3.34$(x=内眦间距,y=瞳孔间距)。20岁组睑裂长度与睑裂高度回归方程 $y_{左} = 0.83x_{左} + 2.23$,$y_{右} = 1.09x_{右} + 1.91$(x=睑裂高度,y=睑裂长度)。

3 讨论

按年龄,左、右侧均数组间无明显差异,在此年龄段眼部外形发育较稳定,实施美容、整形手术较适合,但文献[4-6]报道样本总体均数为本文测量95%可信区间低值以下。组间均数两两t检验内眦间距与瞳孔间距无明显差异,睑裂长度(左、右)侧17岁与18、19岁组;18岁与20岁组;19岁与20岁组间有明显差异($P<0.01$)。睑裂高度(右)18岁、19岁与20岁组;(左)18岁与20岁组间有明显差异($P<0.01$),实施美容、整形手术时应考虑此差异。本文研究结果可为维吾尔族进行眼科医学美容、整形外科学外鼻畸形矫治和隆鼻时提供参考数据。

[参考文献]

[1] 钟世镇. 临床应用解剖学[M]. 北京:人民军医出版社,1998.58-65.115-120.
[2] 吴汝康. 人体测量方法[M]. 北京:科学出版社,1984.102-135.
[3] 邵象清. 人体测量手册[M]. 上海:辞书出版社,1985.142-143.
[4] 孙家明. 睑裂长度比例及与内眦间距比例关系的测量研究[J]. 中华医学美容杂志,1998,4(4):222-223.
[5] 许彪,吴荣忠. 云南彝人眼外形测量研究[J]. 中华医学美容杂志,1998,4(3):166-167.
[6] 胡兴宇. 睑部的应用人类学研究[J]. 解剖学杂志,1995,18(2):174-177.

(编辑:兰阳军)

·个案与短篇·

亚甲蓝与布比卡因联合用药用于肛肠手术止痛的体会

韩宝义[1],朱世明[1],李秀玲[2] (1. 鞍山钢铁集团公司立山医院麻醉科,辽宁 鞍山 114032;2. 鞍山市第三冶金建设公司职工医院手术室,辽宁 鞍山 114034)

[关键词] 直肠;肛门;亚甲蓝
[中图分类号] R657.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2005)01-0008-01

急性血栓性外痔、混合痔、高位肛瘘等肛肠科疾病,常需手术治疗,绝大多数患者术后疼痛难忍,尤其当医生换药时表现疼痛剧烈,病人十分恐惧,自2000年3月至2004年7月,我们采用亚甲蓝与布比卡因联合用药注入肛门周围肌肉组织内,对解除疼痛及病人的恐惧感,疗效非常好,特别是对于患有心脏病的患者用之更佳。现回顾性总结分析567例临床资料将治疗体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组567例均为血栓性外痔、混合痔、高位复杂性肛瘘病人,随机分为二组:对照组300例,女性169例,男性131例,最

(下转10页)

[收稿日期]2004-09-25 [修回日期]2004-11-06

维普资讯 http://www.cqvip.com

肩部直接受到外力冲击，致使肩胛骨向下或向后错动，导致肩锁关节囊、肩锁及喙锁韧带的不全或完全断裂，产生扭伤、半脱位或脱位。多见于橄榄球、摔跤、足球运动中受到间接或直接暴力的损伤，也常发生在上肢主动或被动向下或向上牵拉时，如体操运动及攀登运动等。无创伤史者常为持续提重物所致。

3.2 诊断与鉴别诊断

对于肩部病变的正确诊断，首先必须熟知肩部的解剖学与运动机制，以及常见病的病理改变，才能利用骨性、肌性标志及运动障碍的体征确定病变的结构及程度。确定为某一结构病变时，必须排除其他结构的病变。本组病例皆属轻度肩锁关节劳损（扭伤），即依此思路判断。许多因不同结构所产生的疼痛范围广泛，患者不一定能说出很具体的部位。对慢性病患者检查时，除可查出如结节间沟、肩峰下或肩锁关节有局限性压痛以外，还常有三角肌上部、冈上肌或冈下肌等肩胛部肌肉的疼痛及压痛。本文认为产生此种疼痛的原因常为继发性的肌肉痉挛。“肩周炎”是指因某些肩关节毗邻结构有慢性病变，关节的活动受限，久而发生关节囊及韧带以及紧贴关节囊的肩胛下肌、冈上肌及冈下肌肌腱所组成的肩袖发生炎症、水肿、增厚[4]，并不是肩部四周结构皆有炎症，一般的上述各种肩周损伤或炎症很少发展到这一步，应仔细检查，究竟是哪一结构的病变，才能有正确的诊断，给予适当的治疗。关于鉴别诊断方面，须注意通过查体与常见的可致肩痛及活动障碍的病变相区别，例如肱二头肌腱鞘炎、三角肌下及肩峰下滑囊炎、冈上肌腱损伤等。肱二头肌长头肌腱鞘炎的压痛点在结节间沟，较重者肩关节处于内收及内旋的姿势，外展、外旋或后伸可受限，动即致痛。三角肌下及肩峰下滑囊炎的压痛点在紧靠肩峰下外的三角肌深处的大结节面上有限范围内，上臂外展至90°时，即因滑囊完全隐于肩峰深处而致压痛点消失。冈上肌腱损伤，上臂外展即致痛，在上臂内收的姿势下，压痛点位于肩峰下、大结节内侧，上臂外展压痛点即因大结节隐于肩峰深处而消失。

3.3 治疗及预后

对肩锁关节损伤的治疗效果如何，取决于针对损伤的解剖、生理及病理机制，采取比较合适的治疗方法[5]。本文根据临床观察分析，肩锁关节损伤后修复过程中的纤维织炎，纤维增生大于修复。皮质类固醇可抑制成纤维细胞的增殖及肉芽组织的产生。有作者认为局部注射强的松龙类药物能起到短时止痛的“封闭”作用而无其他疗效[6]。本文采用强的松龙注射原发病变部位的方法，对轻度损伤病例，治疗效果比较满意。个别数月或数年后复发者，皆与又提重物有关，故应注意避免。

[参考文献]

[1] 金绍岐. 实用外科解剖学[M]. 西安：陕西科学技术出版社，1987、693－700、

[2] Tossy JD, Mead NC, Sigmond HM. Acromioclavicular separations: useful and practicle classification for treatment[J]、Clin Ortho, 1963,28:111－119.

[3] Turrnbull JR、Acromioclavicular joint disorders[J]、Med Sci Sports Exerc, 1998,30(4 Suppl): S26－32、

[4] Hawkins RJ, Hobeika PE. Impingement syndrome in the athletic shoulder[J]、Clin Sports Med, 1983,2(2):391－405、

[5] Debski RE, Parsons IM 3 rd, Fenwick J, et al、Ligament mechanics during three degree-of-freedom motion at the acromioclavicular joint[J]. Ann Biomed Eng, 2000,28(6): 612－618、

[6] Paavola M, Kannus P, Jarvinen TA, et al、Treatment of tendon disorders. Is there a role for corticosteroid injection? [J]、Foot Ankle Clin, 2002,7(3):501－513.

（编辑：余汇洋）

（上接8页）

小的年龄为18岁，最大的年龄为85岁，平均年龄为46.5岁。实验组：267例，男性146例，女性121例，平均年龄为43.5岁。

1.2 麻醉方法

二组均采用骶管麻醉。患者先取仰卧位，测血压及脉搏，同时建立静脉通路。然后改为俯卧，髂部用皮垫垫起将臀部抬高，双脚尖对着，两脚跟外翻，麻醉者站在患者的左侧，用右手拇指沿着尾骨尖向上约4.5 cm处触摸有一凹陷，即骶裂孔，直径1.5 cm大小，表面皮肤局麻后，用7号长针对准皮丘直到骶骨，然后将长针退出，针与皮肤倾斜成30°～45°角，缓慢进针有一落空感，回吸无血和脑脊液，推入1%利多卡因3 ml，观察5 min无全脊髓麻醉及局麻药入血症状，继续注药，平均30 ml，成功率为99%。骶管麻醉成功后，手术结束时，采有局部注射亚甲蓝2 ml加0.5%布比卡因5 ml加0.9%氯化钠注射液至12 ml，亚甲蓝药物浓度不得超过0.2%，以免发生局部皮肤坏死。如患者高龄，可用亚甲蓝2 ml加0.5%布比卡因注射液2.5 ml加0.9%氯化钠注射液稀释至12 ml，即药物浓度达0.16%，再缓慢注射于肛门周围肌肉组织内。

2 结果

术后患者表情自然，无疼痛，尤其是术后换药时也无任何不适，经观察，采用此法止痛最长可持续20 d，最短可持续7 d，值得提出的是，如骶管麻醉失败，可采用上述配方，局部注射于肛周，手术仍可顺利进行且无疼痛。

3 讨论

利多卡因止痛时间40～60 min，布比卡因其作用时间比利多卡因久，长达3～6 h，亚甲蓝长效止痛7～20 d。主要因为亚甲蓝与神经组织有较强的亲和力，用0.16%亚甲蓝注射液局部肌肉注射，直接作用于神经末梢，损害末梢神经髓质，新生的髓质大约30 d后修复完毕，感觉也逐渐恢复正常，故长效止痛达7～20 d，并且本组无一例对患者排便有影响。因此，亚甲蓝与布比卡因联合用药对患者术后长效止痛有良好效果。

（编辑：兰阳军）