维普资讯 http://www.cqvip.com

一、资料与方法

1 临床资料:本组手术治疗38例,占同期收住粘连性肠梗阻病人的43.7%(38/87);其中男23例,女15例,年龄8~76岁,既往有腹部手术史者34例,多次反复发作肠梗阻者18例,曾行粘连性小肠梗阻松解术者5例。本组38例手术探查,其中术前明显腹膜刺激征者13例;体温升高,脉搏增快,白细胞计数达15×109/L以上,且腹痛逐渐加剧者8例;腹部出现不对称包块者5例;保守治疗4~6d,腹胀仍无缓解者7例;呕吐物或胃肠减压物呈血性者3例;出现感染中毒性休克者2例。

2.方法:行肠粘连松解者24例;切断纤维粘连条索压迫者6例;小肠部分坏死切除吻合者6例;小肠广泛坏死切除达90~100cm者2例。关腹前均用大量等渗温盐水冲洗腹腔,大网膜覆盖,避免肠管与腹膜粘连,并放置腹腔引流。

二、结果

本组治愈31例,占81.6%(31/38),好转5例,死于不可逆感染性休克1例,术后并发肺部感染5例,切口感染4例,腹腔残余脓肿2例,短肠综合征2例,肾功不全1例。

三、讨论

机械性小肠梗阻,可由肠扭转、肿瘤、肠腔内结石、蛔虫或腹内外疝等原因引起,但粘连性肠梗阻已成为小肠梗阻的主要原因。近年来文献报告在机械性小肠梗阻中以术后粘连引起者最多。绞窄性肠梗阻是急性肠梗阻的最严重阶段,如不及时解除,由于肠管缺血缺氧,必然导致肠壁坏死、穿孔,进而发生严重的腹腔内感染及全身性中毒反应,预后不佳,死亡率很高,可达20~30%。早期诊断及手术治疗是改善绞窄性肠梗阻的预后,降低并发症及死亡率的关键。

以往对粘连性小肠梗阻采取何种治疗有争论,原因是尚无防止再次粘连的方法,术后还会发生粘连,并可以使粘连面积越来越大,程度也越来越重。因此,主张粘连性肠梗阻先采取非手术治疗,待出现腹膜炎或绞窄,或症状不缓解时,方采取手术治疗,以至一部分病人至手术时肠管已明显水肿、缺血,在松解粘连之后需行肠切除,这时,由于肠管扩张,肠壁通透性发生改变,肠道内细菌移位,腹腔内已不可避免地存在有炎症,术后易发生肠瘘、腹膜炎、腹腔脓肿或感染中毒等并发症。本组2例感染中毒性休克是因肠梗阻发生后,病情变化快,入院时即有血压下降、体温升高在38.5℃以上或体温不升。手术发现腹腔内有大量黄绿色渗液,腹膜、肠管及肠系膜均有明显水肿,部分肠管已发生绞窄坏死,术后虽经积极治疗,但1例仍死于感染中毒性休克。另2例术后短肠综合征是因肠梗阻后较长时间的保守治疗(抗炎、解痉及胃肠减压等),其中1例转入我院时,出现肠梗阻已6d,急诊手术时已发现有广泛肠坏死。

目前对单纯性与绞窄性肠梗阻的鉴别尚无敏感和特异的检查方法。临床上仅靠肠梗阻的起病情况、症状、体征及必要的辅助检查,包括腹腔穿刺及立位腹平片来进行诊断。若出现下列情况应考虑有肠缺血,肠绞窄的可能,及早手术探查:①起病急,有持续性伴阵发性加剧的腹痛,呕吐出现早,剧烈而频繁。②有明显的腹膜刺激征,体温升高、脉率增快、白细胞计数增高;③呕吐物或胃肠减压引出液、肛门排出物为血性;④X线立位腹平片弧立肿大的固定肠袢。⑤肠梗阻伴有休克症状、体征,经治疗无好转。⑥腹腔穿刺液为血性或红褐色液体。另外,以下两种情况也应及早考虑手术探查:第一是梗阻长期不缓解,对亚急性粘连性肠梗阻保守治疗的时间达3~4d,仍不见好转者;第二是反复发作的粘连性肠梗阻。这两种情况表明,肠管往往有明显的狭窄,长时间保守治疗可能会导致肠缺血,且会恶化病人的全身情况[3]。

总之,临床医生应重视粘连性小肠梗阻的诊断及选择合理的治疗方案,详细询问肠梗阻的病史,密切观察病人的症状、体征及其病情演变情况,随机决定手术,不受观察的时限制,也不能仅依靠辅助检查的结果。一旦出现上述情况或有其倾向者即决定手术治疗,以免延误病情,酿成恶果。

参 考 文 献

1.陈淑珍,夏振龙,主编.腹部急症学.北京:人民卫生出版社,1996.154~156.
2.黎介寿.改善粘连性小肠梗阻手术的质量.中国实用外科杂志,2000,20(8):450~452.
3.王元和,阮灿平.肠梗阻手术时机的选择.中国实用外科杂志,2000,20(8):458~459.

(收稿日期:2001-12-17)

两眼内宽间的结构观测

陈立强* 陈庭玉** 张德贵* 陈克功***

两眼内宽(即内眦间距离)处的解剖学研究已有很多的报道。内眦间距离比例关系的测量学研究[1]、学龄前儿童眼外形的测量[2]、骨性鼻背的测量研究[3]、外鼻的测量[4],都较细致全面描述。本文是对30具成人男性尸体的两眼内宽处结构的长

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯大学基础医学院解剖学实验室
** 佳木斯大学基础医学院解剖学教研室
*** 佳木斯大学口腔医学院口腔解剖生理学教研室

维普资讯 http://www.cqvip.com

度、宽度、厚度进行观测、并做了统计学处理。为美容整形、法医学、颌面外科提供资料。

一、材料与方法

1.材料：选用30具经过福尔马林固定的成年男性尸体的头面部。头面部无畸形，无任何瘢痕、均为汉族人。

2.测量方法：用精确至0.02mm的游标卡尺测量两眼内宽长度；用线绳量取两眼间内宽的弧线距离，做好标记，并用直尺对其测量，取得两眼内宽的弧长；沿两眼内宽处作一水平切口，切开皮肤及软组织直到骨膜。用直尺直接测量软组织厚度；最后向上分离软组织暴露鼻骨至额鼻缝，在正中矢状切面处测量额鼻缝至两眼内宽间的长度；两鼻骨上端外缘的长度；两眼内宽切口处的两鼻骨外缘的宽度。

3.统计学处理：应用SPSS统计学软件，计算各项目的平均值、标准差及标准误。

二、测量结果

附表 两眼内宽间结构的长度、宽度、厚度的测量(mm)

测量项目	两眼内宽长度	两眼内宽弧长	额鼻缝至两眼内宽线上长度	两鼻骨上端外缘间宽度	两眼内宽切线处两鼻骨外缘宽度	两眼内宽处软组织厚度
平均值	31.41	37.40	16.81	11.30	8.67	5.84
标准差	3.65	4.14	1.42	1.39	1.53	0.96
标准误	0.67	0.76	0.26	0.25	0.28	0.18

三、讨论

有关鼻根点在活体上定位的探讨，鼻根点为头面部一个重要的测量点，在颅骨上可清楚看到，此点在书上记载为额鼻缝和正中矢状切面的交点[5]。但在活体上怎样来确定不甚明了，又有描述鼻根高度时为鼻根在两眼内角连线上的垂直高度[6]，这也是说明鼻根的位置是在两眼内角连线上，此点就应该是鼻根点了。而本文所定鼻根点是在两眼内连线上16.81mm处，也就是额鼻缝的体表投影。如按此数据确定鼻根点就较为明确。

确定鼻根部的范围，经常用鼻根部，但其不具体，这就出现了规定范围问题，我们认为这个范围不是一个点，而是一个面积，其鼻根范围按本文所测量的结果应为：在两眼内角连线为下界，其上界为两眼内角连线上16.81mm处的水平线，两侧为两眼内角的垂直线，将这块区域定为鼻根部，便于应用。

有关两眼内角连线处软组织厚度，在法医学人类学中记载为：头面部34个测量点的软组织厚度记载年龄组中19～26岁(6例)的为(5.79±2.49)mm与本文所测量的数值基本相似；日本人头部软组织厚度30～39岁年龄组为(4.34±0.35)mm；黑人男女的厚度为6.25mm和5.75mm，这与本文所测量的数值也为相似。又在单纯从颅骨侧面X射线片确定软组织厚度(放大10%)男性为8mm，女性为7.5mm[7]，均与本文所测量的数值相近似。

在"上颌骨骨折Ⅰ型颌骨整复术外部参考点确定解剖学观测"[8]一文中，主要是以鼻根点到颅前窝的距离与额窦的位置关系，为便于安全手术提供依据，此观测也都是以鼻根点为插入克氏针的入路标志，这说明鼻根点在口腔颌面外科手术特有的重要性，所以本观测内容为确定鼻根点的位置提供了可靠的资料。

两眼内角的距离：国人平均宽度为33.3mm。而巴黎人为31.5mm，也均与本文所测相近似。

鼻梁起点的说法，东方民族多起于两眼内眦连线[5]，也就是两眼内角距离的连线，如果根据本文所测的要求应在此连线上16.81mm处，作为鼻梁的起点。

两眼内宽处的软组织厚度，在Lefort Ⅲ手术时，可在面部做5个小切口，一个位于双侧内眦之间[9]。位置与本文切口完全一致，所测厚度给手术提供一定的根据。

鼻根凹陷，从侧面观察鼻型分为4级，其中Ⅲ级为鼻根点凹陷甚深，额与鼻骨相接处有明显成角转折[10]。这里提及鼻根点的位置是在额骨与鼻骨相接而成、与本文的提法相吻合。

本文所观测6项数据内容，均可为美容整形、法医学和颌面外科学提供较为适宜的资料。

参 考 文 献

1.孙家明.睑裂长宽比例及与内眦间距比例关系的测量学研究.中华医学美容杂志，1998，4(4)：222－223.

2.刘亚男.学龄前儿童眼外形正常值测量.中国斜视与小儿眼科杂志，1997，5(3)：127－128.

3.李华.骨性鼻背测量研究与隆鼻术并发症的分析.实用美容整形外科杂志，1999，10(1)：3－5.

4.邱大学.外鼻的测量及其临床意义.解剖学杂志，2000，23(4)：376－379

5.张书琴.美容整形临床应用解剖学.北京：中国医药科技出版社.1998，5.

6.王启华.临床眼耳鼻咽喉解剖学.合记图书出版社，1994.51.

7.贾静涛.法医人类学.沈阳：辽宁科学技术出版社，1993，4：249－261.

8.李立英.Lefort Ⅰ颌骨整合术外部参考点确定解剖学观察.中国局解手术学杂志，1999，8(1)：56.

9.陈日亭.颌面颈手术解剖学.北京：人民卫生出版社，1984.32－33.

10.查元坤.现代美容外科学.北京：人民卫生出版社，1995.44－45.

(收稿日期：2001-12-14)