维普资讯 http://www.cqvip.com

Ig)和致突眼抗体(EPAb)参与突眼发生过程。(2)垂体致突眼物质(EPS),EPS可能是正常TSH的一个组成部分,由TSH经水解而变成。(3)细胞免疫参与突眼的发病机理。

因此,恶性突眼的发病是细胞免疫和体液免疫联合作用的结果。本病起病可急可缓,呈进行性双侧或单侧突眼,与良性突眼不同,突眼度多在19~20 mm以上,左右突眼度常不等,相差约2~5 mm,有时仅一侧突眼。除具有良性眼征外,还伴有下列多种症状;眶内眶周组织充血,眼睑水肿伴有眼球胀痛、畏光、流泪、视力减退、眼肌麻痹、眼球转动受限、伴斜视、复视、严重时球结膜膨出,红肿而易感染;由于眼睑收缩,眼球突出,眼睑不能闭合,角膜常多暴露,引起角膜干燥,发生炎症,继之溃疡,并可继发感染,甚至角膜穿孔而失明。角膜受累可轻可重,轻者仅有角膜炎改变,中度者发生角膜炎与溃疡,重者角膜混浊、坏死、穿孔;少数病人由于眶内压力增高,影响了视神经的血液供应,而引起一侧或双侧视神经乳头水肿,视神经炎或球后神经炎,甚至视神经萎缩,视力丧失;部分患者可伴有局限性粘液性水肿、皮损,以经前发病较多;伴有或不伴有高代谢症候群及甲状腺慢性肿大;突眼程度与甲亢轻重不平行。少数病例突眼不显著而表现单侧或双侧眼肌麻痹。

单侧突眼,尤其无明显甲亢者,诊断时应注意除外眶内或颅内肿瘤,以及某些局部病变引起的突眼为球后出血、海绵窦或眼静脉血栓形成等。

二、治疗方法

甲状腺大部切除对于良性突眼患者,应是首选治疗方法。手术不但治愈了甲亢,而且对良性突眼征有不同程度减轻、好转。而恶性突眼者行甲状腺大部切除术后,会使突眼加重,多于术后一个月始出现,可能和甲状腺受损、抗原释放增多有关,如果发生甲减也可加重突眼。

术前明确诊断良性和恶性突眼非常重要。对于恶性突眼患者手术应慎重,采用放射性碘治疗也需慎重,伴有高代谢症候群者,用小剂量抗甲状腺药物缓慢地控制甲亢,辅以其他治疗突眼的方法是比较安全可取的措施,但有时也可导致突眼恶化,故治疗过程中必须随时观察,防止其发展。在免疫抑制剂方面,国外有学者提出大剂量糖皮质激素静脉注射比口服强的松更有效(甲基强的松龙15 mg/kg 4个周期,然后减为7.5 mg/kg 4个周期,每个周期间隔2周)。副作用与口服强的松无差异。

三、讨论

内分泌突眼由起病到病情稳定、缓解,一般病程1~2年,也有延长至5年者。病情缓解后,眼部充血、肿胀现象逐渐减轻或消失,症状改善,病人的眼部不适感减轻,但眼睛很少能恢复正常,一般仍留下某种程度的眼睑收缩、肥厚、眼球突出、眼外肌纤维化。但使突眼加重的内科治疗因素有:1、甲亢控制过快,抗甲状腺药物用量过大,又未合用甲状腺片。2、甲抗控制已过头,发生了甲减。因此,为了避免突眼加重,抗甲状腺药物不宜用量过大,及时加用适量甲状腺片。

(收稿日期:2002-04-03)

皮下脂肪层拉开法阑尾切除术

徐志纯* 李方义*

阑尾切除术是临床常见的手术,术式固定。但是,在临床工作中经常可以看到这样的情况:对于肥胖的患者,为了切开肥厚的皮下脂肪层,不得不扩大切口;而当完全切开腹壁,进腹探查时,却发现切口过于宽敞,给患者带来不必要的伤害。为解决这个问题,作者提出皮下脂肪层拉开法阑尾切除术,效果满意。现介绍这种术式的操作技巧和优点,未说明的操作部分,与普通的阑尾切除术相同。

一、资料与方法

1.切开真皮层之后,在切口中间垂直向下剪开1 cm宽脂肪层,剪尖开合2~3次即可达肌肉腱膜,然后以皮钩钝性拉开皮下脂肪层,暴露肌肉腱膜。此操作与钝性拉开腹内斜肌相似。因为剪尖是在水平方向上开合,只要不特殊施加暴力,即不必担心剪破肌肉腱膜,伤及腹内脏器。

2.进腹探查时,如切口较小,需以皮钩代替板钩、鞍钩牵开切口。关腹时,即需更换皮钩,或将皮钩消毒。

3.最小的切口长约3 cm,仅能容下一指,如果以手指探查阑尾,找到后,需要助手用皮钩牵开间隙,术者方能将阑尾钳伸入腹腔,钳住阑尾后,再退出探查手指。

4.如果阑尾炎症较重或较粗,需用一阑尾钳钳住阑尾健康部分,以另一阑尾钳,将阑尾尖端先行牵出腹腔。如果难于牵出阑尾,可轻柔摇动阑尾钳,将回盲部抬起。如果阑尾与周围肠管有轻度粘连,须先以手指钝性分开粘连。

5.如需少许扩大切口,皮下层仍可继续钝性拉开。

二、结果与讨论

该方法优点在于:

1.切口明显小于同等条件的患者,不仅利于病人恢复,且易于被患者接受。

2.极少有剪破皮下浅静脉的情况,而且牵拉的张力有止血作用,故无需皮下止血,节省操作时间,术野清洁。

3.因为皮下血管破坏少,所以脂肪液化和切口感染的危险小,切口愈合好。

(收稿日期:2002-04-01)

* 作者单位:114032 辽宁省鞍山市鞍钢立山医院外科