维普资讯 http://www.cqvip.com

凝集素产生的机理目前尚不清楚，是否与临床用药有关，有待进一步探讨。

患者入院时和住院期间血清白、球蛋白均在正常范围内，无倒置。木瓜酶试剂我室长期使用，并由专人负责配制，阴阳性对照结果相符，故排除了因患者血清蛋白比例失调和木瓜酶试剂质量不合格引起的假凝集。

患者因治疗需要，5月31日输入木瓜酶配血凝集，盐水及抗人球蛋白试验配血相合O型血200ml，未引起输血反应，于6月2日出院。

参 考 文 献

1.华玲琳，岳树森，主编《输血专业知识问答》沈阳：辽宁科学技术出版社 1996;188

(收稿日期 1997－04－23)

青光眼，色素性，单侧

194-195

单侧色素性青光眼1例报告

(33)

第一临床学院眼科 明 萍* 陶永贤

R775.9

中图分类号 R775.9

色素性青光眼是特殊类型的青光眼。本病国人少见，单眼发病罕见。最近遇一病例，报告分析如下。

1 病例

患者，女，39岁。因左眼视力下降二月就诊，门诊以慢性单纯性青光眼收入院。既往史，家族史，个人史无特殊。眼部检查：VoD0.15，Vos眼前手动，验光右－1.00 DS→0.8，左－1.00 DS0.50 DC×180°C→无助，双外眼正常，角膜透明，双周边前房深度约1CT，轴深>5CT.Tyn(－)，KP(－)，左眼虹膜呈黑褐色，表面可见黑褐色色素颗粒沉着，瞳孔约5mm，无粘连。晶体前囊可见人字形色素沉着。眼底视盘清晰，颜色淡，杯盘比约0.9，黄斑中心凹反光消失，右眼虹膜色泽正常，瞳孔约3mm，晶体透明。眼底视盘色泽正常，杯盘比<0.3。眼压：右16mmHg，左40mmHg。入院后行前房角镜检查：双眼均为宽角，右眼房角结构全部可见，未见明显色素。左眼房角自施瓦贝氏线至睫状体带整个布满色素达四个象限。视野检查：右正常，左为管状视野。为排出右眼青光眼，24h眼压测定结果：眼压波动<5mmHg，饮水试验(－)。C值测定正常。入院诊断：左眼色素性青光眼。给予静脉滴注甘露醇，口服醋氮酰胺，局部滴用噻吗心胺眼液眼压未能满意控制。于入院第14天在局麻下行小梁切除术。术后滤泡弥散，前房深度如前。术后二周，Vos0.1，戴镜－1.00 DS0.05 DC X 180°C→0.4，眼压8mmHg。出院后随访眼压正常。

2 讨论

色素性青光眼是以色素颗粒沉积于房角为其特征，是属于继发开角型青光眼类型[1]。常在青状年发病，常合并近视性屈光不正[2]。在发病机理上有三种说法1、色素阻塞房水排出通道。2、前房角除色素堆积外尚有构造上的先天异常。3、是色素播散综合征所发生的一种开角性青光眼[3]。近年来认为色素脱失是因常合并近视性屈光不正，虹膜平坦，周边虹膜凹陷与晶体韧带发生摩擦引起色素脱失，沉淀于小梁。从而增加房水外排阻力[2]。临床表现1、色素沉淀，2、色系脱失，3、眼压升高，4、视盘病理性凹陷，5、视野缺损[2]。治疗同原发性开角性青光眼相同，值得提出的是激光小梁成形术可取得良好效果[2]。本患者年龄约40岁左右，双眼近视，晶体与虹膜表面有大量色素沉着，房角镜检4个象限均被致密的色素复盖，具有色素播散综合征的临床表现。加上有高眼压，视乳头和视野改变。左眼色素性

* 女，1955－12出生，系眼科进修生，现为重庆市九人民医院眼科主治医生。

维普资讯 http://www.cqvip.com

青光眼诊断成立。虽无角膜后梭型色素沉着，但文献报告上也是允许的[4]。由于该病起病隐匿，眼胀痛等高眼压症状不明显，又有屈光不正的表现，易被患者与医师忽略，随着色素颗粒不断脱落，沉积于房角滤帘组织，阻碍房水回流，引起眼压升高继而导致视功能损害。本患者一经确诊，药物不能控制眼压而即时选择滤过手术，术后眼压下降至正常，视力有一定恢复。而另眼视功能，眼压，眼内结构正常说明患眼存在先，天性异常。故加强对本病的进一步认识，对早期防治，挽救视功能有重要意义。

参考文献

1.上海第一医学院眼耳鼻喉科医院，眼科学.人民卫生出版社 1977;355
2.刘英奇，等.现代眼科学.江西科学技术出版社，北京科学技术出版社 1996;1:538
3.施殿雄，等.眼科检查与诊断.上海科学技术出版社 1980;575
4.张淑芬.青光眼专题讲座，全国青光眼研究协作组 1984;135

(收稿日期 1997－05－08)

口服甘露醇致急性肠梗阻6例

四川省人民医院普外科 胡 阳* 刘 洲

中图分类号 R574.2

我院1989年8月至1996年5月，在口服甘露醇液作手术前肠道清洁准备的126例病人中，发生急性肠梗阻6例。现报道如下：

1 临床资料

本组6例，男4例；女2例。年龄40～65岁，平均54岁。原发疾病：降结肠癌及直肠乙状结肠交界处癌各1例；直肠癌4例。术前20小时口服5%甘露醇液3000ml，及庆大霉素16万IU、60分钟内服完。6例病人均在服完甘露醇液后20～30分钟，出现腹痛、腹胀、并反复呕吐胃内容物。经胃肠减压及灌肠后腹痛腹胀等症状不缓解。在持续硬膜外麻醉下行急症剖腹探查，术中见癌灶上段肠腔极度扩张、明显积气积液，行肠减压后切除结肠、直肠癌变肠段。检查切除标本，见癌块肠腔狭窄处仅可通过食指尖，术后2例发生吻合口瘘；1例手术后第3天死于中毒性休克，多器官衰竭。其余3例伤口痊愈出院。

* 男，1970－04出生，住院医师

2 讨论

本院126例以口服甘露醇液作清洁肠道，导致急性肠梗阻6例，其原因是甘露醇在肠道几乎不被吸收，造成消化道中晶体渗透压增高，不仅阻碍水份的吸收，而且吸引组织液中的水份进入肠腔。同时甘露醇被肠道细菌分解，产生大量气体(CH_4、H_2)[1]，致使狭窄段与其远段肠管间发生了扭曲、成角，以及粪块对狭窄处的堵塞，终致发生了完全性肠梗阻，迫使急诊手术，坛加了死亡率和并发症发生率，应引以为戒。为此对结肠有潜在性梗阻可能——具有明显的肠腔狭窄，或有腹痛腹胀，等慢性不全性肠梗阻者，我们认为应禁用口服甘露醇液作为肠道准备，仍以传统的清洁灌肠方法为宜。

参考文献

1.崔自介.普外临床 1990;5(1):48