DOI:10.16016/j.1000-5404.2002.03.049

夹裹两片丁卡因棉片交叉置入两侧梨状窝5 min,使喉上神经受到充分麻醉。术前肌注阿托品0.5 mg。操作时轻巧,夹持异物后如在后鼻孔遇阻应避免用力牵拉,可将钳子退到口咽处从口取出。

3.5 电子喉镜寻找鼻部深部出血点的体会

未发现确切出血点是鼻腔深部出血不能得到有效治疗的主要原因之一。本组鼻腔深部出血的患者通过电子鼻咽喉镜的检查发现60例确切出血部位,45例治疗后痊愈。我们体会到反复鼻腔出血未发现明确出血点的患者,应接受常规电子喉镜检查,检查时仔细观察鼻腔的各个部位,如发现肉芽样突起或有新鲜血迹的部位更应重点观察。我们临床中发现鼻中隔上部、鼻腔后端是主要出血部位。

电子鼻咽喉镜在对鼻腔、鼻咽、耳及喉部各隐蔽部位病变检查中及部分疾病的治疗中优越性,弥补了临床常规工作中的不足,提高了临床诊断及治疗的准确性和微创性,是一种新型的耳鼻咽喉科诊疗仪器。Hormann等[6]认为软管内镜的发展已越来越多地应用于耳鼻咽喉科,给疾病的诊治带来了新的前景。但软管内镜不能完全代替硬管内镜,两者应互相补充。

参考文献:

[1] Masahiro K, Hiroyuki F, Naoyuki K. Observations of laryngeal lesions with a rhinolarynx electronic videoendoscope system and digital image processing[J]. Ann Otol Rhinol Laryngol, 1998, 107(10): 855-859.
[2] 周水淼,温 武,沈小华,等.电子喉镜在喉部疾病诊治中的应用[J].临床耳鼻咽喉科杂志,2001,15(3):120-121.
[3] 尹惠珠,董华雯,张秋菊,等.显微支撑喉镜手术合并症的临床分析[J].中华耳鼻咽喉科杂志,1987,22(1):53-54.
[4] 左 晶.以间接喉镜与纤维喉镜配合手术治疗声带息肉[J].临床耳鼻咽喉科杂志,1999,13(增刊):32-32.
[5] 司马国旗,张亚军,魏国彪,等.电视纤维喉镜在咽异物诊疗中的作用[J].中国内镜杂志,2000,6(3):75.
[6] Hormann K, Schmidt H. Flexible endoscopy in the ENT area[J]. HNO, 1998, 46(7)654-659.

(编辑 潘式文)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2002)03-0344-01

结肠曲综合征15例临床分析

A clinical analysis of 15 cases of flexure syndrome

钟守昌[1],王振华[2] ([1]重庆市北碚区社区康复医院,重庆 400700;[2]第三军医大学附属西南医院全军消化专科中心,重庆 400038)

结肠曲综合征(Flexure syndrome)系指结肠肝曲或脾曲部由于聚积过多气体而引起的腹痛、腹胀、胸闷等一系列症候群[1]。1952年由Machella提出脾曲综合征,1955年由Palmer提出肝曲综合征,目前统称为结肠曲综合征[2]。由于本病与胆道、心脏、胃及胰腺等疾患的临床表现相似,重症酷似急腹症或类似心绞痛发作,易被临床医生忽视造成漏诊或误诊。我们通过对15例结肠曲综合征的临床分析,提高了对该病的认识。

1 临床资料

1.1 一般资料

15例结肠曲综合征中男6例,女9例。年龄29~61岁,平均年龄49.4岁。

1.2 病史特点

除2例因心前区压迫感、胸闷、心慌就诊外,余13例均因腹痛、腹胀就诊。4例伴左肩、左项部放射,7例伴右肩部放射,4例伴反酸、嗳气,6例伴便秘。体检均有上腹部压痛,其中8例以右上腹明显,5例左上腹明显,2例左右上腹均有压痛,均无肌紧张及反跳痛。8例肝区叩诊鼓音,5例脾曲叩诊鼓音,2例肝脾曲及上腹部叩诊均为鼓音。11例肠鸣音活跃,4例肠鸣音亢进,均未闻及气过水声。15例病人均接受血常规、肝肾功能检查,无异常发现。X线示:均有腹腔胀气,8例结肠肝曲充气明显,5例结肠脾曲充气明显,2例结肠肝脾曲充气明显,但均未见液平。B超显示:均有腹腔广泛胀气,肝胆胰脾未见异常。心电图检查均无异常发现。4例既往有类似发作史。

1.3 入、出院诊断情况

入院诊断为心绞痛发作2例,胆囊炎3例;疑诊为胃十二指肠溃疡3例,不全性肠梗阻2例;腹痛待诊5例。出院诊断为结肠肝曲综合征8例,结肠脾曲综合征5例,结肠肝脾曲综合征2例。

1.4 治疗情况及结果

15例患者入院后分别经镇静、解痉、补液、抗感染、温盐水灌肠、胃肠减压及中药大承气汤等不同治疗,于2~7 d排气、排便后症状消失,痊愈后出院。12例患者出院1~2周后来院行钡灌肠或全消化道钡餐检查,提示9例有横结肠冗长,其中3例伴乙状结肠过长。

2 讨论

2.1 致病机制

结肠曲综合征其致病机制尚无定论,可能与以下因素有关:①横结肠过长下垂,使弯曲部(肝曲、脾曲)转角过急,肠内容物经过弯曲部反复刺激,使该处发生炎症及粘连所致。②结

作者简介:钟守昌(1962-),男,重庆市人,主治医师,主要从事普通外科方面的研究。电话:(023)68864686

收稿日期:2001-11-25;修回日期:2002-01-28

(下转346页)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

2.2 脑梗塞组各项检测指标间的相关分析结果,见表 2,3

表 2 脑梗塞组各血液流变学指标的相关分析

Tab 2 Correlative analysis on hemorheological parameters in CI patients

	$\eta_{\gamma el}$	IR	T_K
Et(s)	0.580	0.021	−0.071
τ_c(mPa.s)	0.170	0.063	0.402
η_c(Pa)	0.456	0.064	0.122
Fig (g/L)	0.501	−0.071	−0.074
$\eta_{\gamma el}$	~	0.843	0.671
IR	0.843	~	0.880
T_K	0.671	0.880	~

*: $r_{0.05,38}=0.312$, $r_{0.01,38}=0.403$

表 3 脑梗塞组各血液流变学指标的相关分析

Tab 3 Correlative analysis on hemorheological parameters in CI patients

	η_b			η_p
	$H\eta_b$	$M\eta_b$	$L\eta_b$	
η_p(mPa.s)	0.477	0.477	0.463	~
Hct (L/L)	0.469	0.325	0.348	0.103
η_{ib}	0.277	0.015	0.226	−0.097
$\eta_{\gamma el}$	0.080	0.025	0.455	−0.271
IR	0.247	0.031	0.064	−0.301
T_K	0.420	−0.097	0.122	−0.289
Rn ($\times 10^9$/L)	0.461	0.266	−0.118	0.098
Et(s)	0.355	0.279	0.169	0.060
τ_c(mPa.s)	0.865	0.420	0.269	0.042
η_c(Pa)	−0.009	0.039	1.000	0.096
Fig(g/L)	−0.154	0.078	0.297	0.662

*: $r_{0.05,38}=0.312$, $r_{0.01,38}=0.403$

3 讨论

3.1 高稠、高粘、高凝的血液状态是脑梗塞发病的病理基础之一[2]

脑梗塞组 $L\eta_b$ 及 η_p 显著增高的幅度最大,表明血液粘度的增高可导致血流量大量减少,加重心脑缺血缺氧而诱发脑梗塞。与已有文献比较,本实验增加了 τ_c、η_c 的检测[2~4],可分别反映 RBC 的变形性($r=0.402$)和聚集性($r=0.456$),证实脑梗塞患者的血液处于高粘滞状态,触变性和粘弹性均明显降低($P<0.01$)。此外,脑梗塞组 RBC 的聚集性增强、硬度增大,同时变形性和定向作用降低,可直接导致血液粘稠度升高,使 RBC 处于高度聚集为缗钱状聚集体的趋势。脑梗塞组 Fig 的显著增高将导致血液进入高凝状态,促进粥样动脉硬化斑块的形成[2~3]。

3.2 影响血液粘度的各种因素并不是孤立的,而是相互影响、相互制约,共同决定了血液粘度

相关分析结果,见表 2,3。结果表明,脑梗塞组血流变学检测指标间是一种对立与统一的关系,共同制约着人体血液粘度的高低,全血粘度的增高,主要是 Hct 和 Fig 的增高[2~4]。血液流变学高粘滞性、高凝固性的改变与脑梗塞的发生、发展有着密切的关系。本实验结果提示,治疗脑梗塞,可以采用降低血液粘度、改善微循环的方法,其中,应主要以降低 Fig 为主。

参考文献:

[1] 王德炳,张树基. 危重病的诊断与治疗[M]. 北京:中国科学技术出版社,1995.461

[2] 杨菊芬. 血液流变学对脑出血与脑梗塞的诊断价值[J]. 遵义医学院学报,2000,23(2):156−157.

[3] 饶才辉,妥 佳,张玉珍,等. 急性脑梗死血液流变学指标临床观察[J]. 人民军医,2000,43(9):528.

[4] 王志英,朱登玲,徐凤琴,等. 脑梗塞患者血液流变学及血脂血糖分析[J]. 临床荟萃,1999,14(6):271.

(编辑 陈聪连)

(上接 344 页)

肠功能紊乱引起,属精神躯体性疾病。许多横结肠位置形态正常的人患有本病,此类患者随着工作环境的改变,症状会减轻,重新回到原工作环境,症状又会加重。③与结肠局部气体张力有关,Machella 观察过 40 例病人,把气囊插到病人的脾曲,向气囊内充气,使脾曲扩张,病人就出现症状,放气后症状很快消失。④与消化道激素有关,Harvey 等用胆囊收缩素后,了解了肠道运动与症状的关系。藤田作了对照研究,发现餐后 P-物质(Substance p, SP)及神经降压素(Neurotensin, NT)的浓度比正常人高,而且与舒血管肠肽及肠高血糖素原有关。⑤还有人认为本病属肠道易激综合征的一部分或是肠道易激综合征的一种变型。

2.2 诊断要点

结肠曲综合征病人临床并不少见,由于医生的忽视或认识不足,常致漏诊或误诊。本组患者入院时均被漏诊或误诊,出院时才确诊本病。通过对本组病例的分析,我们认为其诊断要点主要有:①遇有上腹胀痛及心前区不适或伴有肩背部放射的患者,了解其症状发作与精神情绪、便秘有关,而且在排气、排便后症状缓解诊断多无困难。②注意排除心脏、胆道、胃、胰腺等有关器质性病变,同时还应与胃神经官能症及胰腺炎所致的"结肠截断征"相鉴别。③症状发作时肝脾区叩诊可为鼓音,④出现症状时作 X 线检查,可见肝脾曲部位有气体聚积。症状缓解后行钡灌肠或全消化道钡餐,常可发现横结肠冗长,有的甚至伴乙状结肠过长。

2.3 预防及治疗

生活有规律,吃易消化产气少的食物,养成每天大便的习惯及加强体格锻炼和避免精神刺激可预防本病。其治疗原则有:①首先从精神上解除患者顾虑,使其正确对待病情,可酌情应用镇静剂。②缓解腹痛、腹胀可选用解痉剂、气体吸附剂。③促进排气、排便可用缓泻剂如中药番泻叶或大承气汤内服。还可用温盐水灌肠等。④绝大多数患者通过保守治疗可痊愈,其预后良好。若遇保守治疗无效,出现肠梗阻或反复发作者,也可手术治疗,行脾曲分解术或切除过长的结肠段。

关键词:结肠曲综合征;临床分析
中图法分类号:R574.62 文献标识码:B

参考文献:

[1] 姚希贤 主编. 临床消化病学[M]. 天津:天津科学技术出版社,1999.1 600−1 601.

[2] 彭 维,于皆平,郑守瑾,等主编. 临床综合征学[M]. 北京:人民卫生出版社,1994.744−745.

(编辑 王 红)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net