DOI:10.16016/j.1000-5404.1991.05.008

$-0.028Dt\ (O_2)$

$r_y=0.999,\ P=0.008$

c. $PaCO_2=7.69+0.0001S_A-4.35T_{at}+19.7T_{ht}-46.2T_{hp}-4.4T_{acn}-5.87T_{acp}$

$ry=0.9999,\ P=0.014$

d. $pH=3.058+0.0005S_A-1.79T_{at}+12.2T_{ht}-50.8T_{hp}-2.52T_{aint}+0.69DL(O_2)$

$ry=0.9999,\ P=0.01$

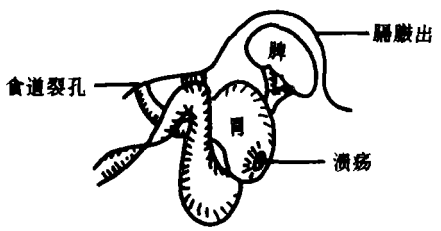
The significance and application of stereology in the establishment of the quantitative relationship between morphological and functional indices were discussed. It is possible to correlate morphometric parameters with the functional changes of an organ.

Key words lung/PA; blast injuries; stereology

慢性不全性胃扭转一例

康晓保　许洪卫（第三军医大学新桥医院　普外科）630038

患者　女性，32岁。于1990年11月入院。2年前开始出现上腹部饱胀隐痛伴恶心呕吐，经对症治疗好转。此后症状反复发作，逐渐加重。1年前因“幽门梗阻”“急性胃扩张”在当地剖腹探查，术中见胃高度扩张，胃异位而来作处理关腹。术后症状如故，现每日仅能进食少量流质饮食。入院前经X线证实为胃扭转，遂行剖腹探查。术中见胃窦大弯侧近幽门处由前向上翻起，在食道裂孔左侧与横膈膜粘连，使幽门十二指肠球部及部份胃体顺时针扭转180°，十二指肠拉长，贲门位置下移（见附图），同时见胃体扭转处大弯侧有一3 cm×2 cm巨大溃疡，左侧横膈膜向胸腔膨出形如一碗状，脾脏上移至窝内。行胃BⅠ氏大部切除术，术后恢复良好。



讨　论

胃扭转在临床上少见。发病原因多以胃支持韧带异常松弛有关。慢性或不全性扭转常与横膈膨出，葫芦形胃，胃溃疡、胃癌、胃周围炎和粘连等病理状态同时存在[1]。本例则同时伴有左侧膈肌膨出，粘连和胃溃疡，从而证实了上述提法。胃扭转大体分为系膜轴扭转和器官轴扭转二类，前者最多见。从程度和性质上又分成完全性和不完全性，急性和慢性。本例则属于慢性不完全性系膜轴扭转型。其临床表现，急性多表现为上腹部骤发性疼痛，向后背放射，常伴有频繁的呕吐及嗳气。如为完全性可出现严重的恶心，呕吐，但呕吐不出胃内容物，同时胃管也难插进。慢性不全性扭转多数症状较轻，可反复发作，X线对诊断有帮助。治疗通常采取手术复位加胃固定，当伴有胃壁坏死或其它合并症可考虑胃切除及针对病因的治疗。

关键词　胃；胃扭转

参　考　文　献

1. 钱　礼。腹部外科学。上海：上海人民出版社，　1973:123～125

（收稿：1991.01.26；修回：1991.07.23）

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