DOI:10.16016/j.1000-5404.1989.03.032

有抗HD（+）患者，检出率依次为LC>CAH>AIH，但各组间无统计学意义。

二、21例抗HD（+）患者，血清HBVM至少测到一项，可确定有HBV感染。其中HDV与HBV同时感染者4例，重叠感染者17例。

三、分析抗HD（+）的AIH及CAH患者血清胆红素峰值，抗HD(+)组平均为161.42μmol/L，而抗HD（-）组只有84.65μmol/L，二组间t检验有非常显著的差异（t=3.17，P<0.01），从胆红素值>85.5μmol/L的病例数来看抗HD（+）组为16/19例（84.21%），抗HD（-）组为24/69例（34.78%），二组亦有明显差异（$\chi^2=7.34$，P<0.05）。

讨　论

一、本文报告在102例乙型病毒性肝炎中发现HDV阳性者21例，阳性率为20.59%，再次证实重庆地区乙型肝炎患者中有HDV合并感染，且在各型乙型肝炎中，都有一定检出率。

二、一般认为，合并HDV感染的乙型肝炎患者，多数病情比较严重，可发展为暴肝或迅速致死性肝坏死。我们曾报道在重庆地区重型肝炎中，抗HD阳性率高达34.28%，高于本文报告之CAH（22.05%）和AIH(20.0%)，是否可以反映HDV的致病作用？

三、分析比较抗HD（+）和抗HD（-）的CAH和AIH患者血清胆红素峰值和胆红素大于85.5μmol/L之病例数，抗HD（+）者均非常显著和显著高于抗HD（-）者（P值分别<0.01和<0.05），即伴有HDV感染的AIH和CAH患者，临床黄疸偏高的例数较多，均值亦较高，从另一个角度说明HDV对HBV患者病情的影响。

总之，重庆地区乙型肝炎中伴发HDV感染是一值得重视之问题。

（本文部份标本曾经北京医科大学附一院施惠萍医师重复检测过，特此致谢。）

参 考 文 献　（略）

机械性肠梗阻死亡因素的分析

林水金（西南医院　普外科）

近年来急性肠梗阻的治疗虽已取得不少进步，但目前的死亡率仍较高，一般约在5～10%之间。我科于1975～1986年间共收治机械性肠梗阻589例，死亡17例，死亡率为2.9%。其死亡原因与以下因素有关：

一、延误手术时机

本组有5例死亡与这一因素有关。导致此因素的发生一般有如下三种情况。

1．对患者病情重，一般情况差，恐难耐受手术考虑较多，故而采用非手术治疗。本组有2例，入院时均有典型肠梗阻症征，且伴有腹膜刺激征。因一般情况差，先予以非手术治疗，均于次日死于中毒性休克。其中1例经尸检证实为回肠下段憩室与膀胱粘连致回肠远端形成绞窄性梗阻并发肠坏死。

2．诊断错误：少数不典型病例，易造成诊断的错误，而延误手术时机。1例阑尾切除术后发生粘连性肠梗阻的病人，因伴有发热，误诊为腹膜结核引起不全性肠梗阻，行抗痨治疗，终致死亡。尸检结果为粘连性肠梗阻合并肠袢间脓肿，死于中毒性休克。另1例，因升结肠癌行右半结肠切除术后发生肠梗阻，为了寻找梗阻部位，术前进行腹部平片，B型超声及钡灌肠等检查。在梗阻症状体征加重，全身衰竭的情况下行剖腹探查术，发现回肠距吻合口15 cm处有一肿瘤（腺癌）引起梗阻。尽管切除了肿瘤，解除了梗阻，仍于术后次日死于休克。

3．对不全性肠梗阻有发展成绞窄性肠梗阻认识不足。1例粘连性肠梗阻（发生于阑尾切除术后）手术后再发生不全性肠梗阻病人。在非手术治疗的第5天病情突然加重，仍未引起重视，此后病情进一步恶化，被迫手术。术中发现绞窄性肠梗阻、肠坏死。术后死于水、电解质平衡失调及中毒性休克。

文献报道，单纯性肠梗阻在24h内行手术治疗死亡率为1%，如肠梗阻发生肠坏死，死亡率为31%。因此，正确掌握手术时机是降低肠梗阻死亡率的重要措施。笔者认为，肠梗阻伴腹膜炎者（一般为绞窄性），应在积极进行术前准备的情况下尽

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

快手术；单纯性肠梗阻，经12～24h正确的非手术治疗仍不好转，反见病情加重者，应及时手术，决不应等待出现绞窄性梗阻表现方考虑手术；对不全性肠梗阻的病人在非手术治疗过程中，应密切观察病情变化，如病情突然转重应及时考虑手术。

二、手术方式选择不当

本组6例与此因素有关。

4例系粘连性肠梗阻，术中仅注意分离粘连，未解除真正部位的梗阻，术后发生肠瘘，因其远端梗阻治疗困难，均死于衰竭。1例未果断切除绞窄的肠管，再手术后死于中毒性休克。1例系结肠脾曲肿瘤引起梗阻，急症行乙状结肠与横结肠侧侧吻合术，术后死于腹腔感染。如行横结肠造瘘，待一般情况好转后再行左半结肠切除术，或许病人可以获救。笔者认为，对急症危重病例，术式力求从简，解决关键的梗阻部位，如为粘连性肠梗阻病例，手术时切口宜大，暴露要充分，便于找到真正的梗阻部位，切忌见有粘连就剥离，越剥离越广泛，其危害性是：1.延长手术时间，加重病情；2.易发生肠瘘；3.术后会引起更广泛的粘连。对绞窄已失去活力的肠管，决不能姑息，应果断予以切除，以免造成恶果。

三、水电解质及酸碱平衡失调

本组病例均有不同程度的水电解质及酸碱平衡失调，与此因素明显有关者6例，是造成病人死亡的重要因素。机械性肠梗阻的病理生理变化十分复杂。然而，水电解质及酸碱平衡失调较为突出。在临床上对此常常认识不足，往往把注意力集中在解除梗阻方面，而忽视了及时补充血容量、电解质及纠正酸碱平衡失调。本组有3例，即使及时成功地解除了梗阻，术后仍很快死于水电解质及酸碱平衡失调。本组主要表现为脱水，低血容量休克；低钾、低钠，个别病例发生严重低钙、低镁以及代谢性酸中毒。

四、年龄因素

本组老年病例居多。50岁以上者8例，其中60岁以上5例。就诊时间多较晚，病情重，多较衰竭，多有心肺功能不全。抵抗力差，对水电解质及酸碱平衡失调的耐受性亦差。多死于全身衰竭、水电解质及酸碱平衡失调和中毒性休克。因此，对老年病例应特别注意加强支持治疗，及时纠正水电解质及酸碱平衡失调。充分估计全身重要器官的功能，及时予以处理。应特别强调的是对老年机械性肠梗阻的病例，应持积极手术的态度，手术力求简单有效。

参考文献 （略）

可见光固化复合树脂临床应用小结

赵素芝 （新桥医院 口腔科）

在治疗釉质发育不全、斑釉、四环素染色、变色无髓牙、前牙牙体部份缺损等疾患时，对于色泽美观的要求，一直未能很好解决。自可见光固化复合树脂问世以来，比较理想地解决了这一问题。现将我科1986年10月～1987年12月临床应用情况作一小结，对有关问题进行讨论：

临床资料

本组病例105例，男性24、女性81，年龄17至45岁，共379个牙。全部为恒前牙。病变种类、牙数及应用效果见表1、2：

材料与方法

一、材料

1．广东佛山市粤华电子医疗器械厂产LGD-1型冷光固化灯。2．GD可见光复合树脂配套材料。3．磨光器械：金刚砂磨钻，软砂片。

二、操作方法

1．牙体预备：去除牙面上的牙石污物。复盖着色牙需均匀磨去表层釉质约0.3～0.8mm，中等以上深洞可用聚羧酸水门汀垫底。2．酸处理：用小毛刷将磷酸胶液涂于所需处理釉质上1min，氟斑牙酸处理时间应为2min。然后用清水将酸液冲洗干净，吹干，隔湿。3．涂粘结剂：用小毛刷将粘结剂均匀涂在经酸处理的牙面上，以缓和干燥空气轻吹牙面使粘结剂均匀散开。4.放置充填材料：选择颜色和透明度合适的材料。用不脱色充填器将

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