DOI:10.16016/j.1000-5404.1989.03.031

检查

全身散在红斑，大小不一，面部及胸背部、上肢明显；颜面不对称，右侧窄小；左眼仅有光感，眼球前突，运动无障碍，巩膜微蓝，瞳孔不规则，对光反射减弱；硬软腭血管扩张；鼻中隔右偏，左总鼻道见暗红色肿物，基底位于中隔面，触之质软，不易出血；血象正常；治疗经过：鼻腔血管瘤先放疗，后切除。随访1年，未发生衄血及血管瘤复发。

讨 论

Sturge-Weder氏综合症主要特征是面部血管瘤、青光眼及脑血管钙化。多发生于同侧。其病理变化是血管纡曲，增加，扩张等，构成血管瘤分布在不同的组织。血管瘤发生在皮肤及面部者居多，有的仅有血管扩张，有的呈海绵状血管瘤，色褐红，常不高起。从面容看，病变侧较对侧宽大。基于发育异常，属先天性及家族性。

眼部表现

突出为青光眼，自幼发病，眼球胀大。后天继发者缓慢，眼球大小同对侧。血管扩张、纡曲等可见于眼球的任何部位，也可在眶后部，致眼球前突。青光眼的发病与眼内色素膜的血管病变密切相关。视力损害严重的光感消失。

脑病变

主要在脑皮质表层发生血管瘤样变，表现癫痫样惊厥。

治疗及预后

成功的治疗是对小区域浅表病变的处理。深部病变可行放射疗法。青光眼的治疗同一般单纯性青光眼。预后的好坏与血管病变侵犯的组织多少、脏器性质有关。

参考文献（略）

（收稿：1988.12.6；修回：1989.3.5.）

重庆地区乙型病毒性肝炎患者中HDV感染状态的再探讨

李奇芬 吴纯清 李 平 王慧芬（南西医院 传染科）

为进一步确定HDV在重庆地区乙型病毒性肝炎中的存在，我们扩大检测了部分重型肝炎以外的其它类型乙型肝炎患者血清抗HD，确实伴有HDV感染，现报告如下。

对 象

本科1986.6～1987.7收治的部分各型乙型病毒性肝炎102例。其中急性黄疸型（AIH）20例、慢性迁延型（CPH）10例、慢性活动型（CAH）68例、肝炎肝硬化（LC）4例。诊断标准按南宁会议方案。82例有组织学诊断。男性88例，女性14例；年龄13岁～68岁，1例为广西壮族，余均为汉族。

每例患者取住院期间血清标本1份分离后置-20℃贮藏，统一作抗HD及HBVM检测。

方 法

一、抗HD：酶联免疫法，美Abbott Anti-Delta EIA试剂盒，操作步骤和方法按说明书进行。

二、HBVM：HBsAg（反相间接血凝法）、抗HBc（酶联免疫吸附竞争抑制法）、抗HBcIgM（酶联免疫吸附捕捉抗体法）、HBeAg和抗HBe、酶联免疫吸附法。试剂分别购自北京生物制品研究所和解放军军事医学科学院基础所。

结 果

一、102例血清标本中，抗HD（+）21例，阳性率为20.59%，各型乙型肝炎中抗HD的检出率见附表。

附表 各型乙型病毒性肝炎中抗HD检测结果

诊 断	检测例数	阳性例数	（阳性率%）
急性黄疸型	20	4	（20.00）
慢性迁延型	10	0	
慢性活动型	68	15	（22.05）
肝炎肝硬化	4	2	
合 计	102	21	（20.59）

从表中可见各型乙型肝炎中除CPH外，都发现

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

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