

轻度异物感,拆除缝线后不适感逐渐消失。1~2 d 内角膜上皮开始爬行并水肿,3~7 d 后愈合,1~2 周后角膜创面完全修复,恢复透明。植片 2~3 d 内轻度充血水肿,呈灰白色,7 d 后有新生血长入,2 周新生血管化完成,全部成活。取植片区创面 2~3 d 后被新生上皮覆盖,1 周后局部充血水肿完全消退,未见任何并发症。术前影响视力、遮挡瞳孔者,术后视力明显改善。所有 356 只眼中,术后随访 6~12 个月,26 眼复发,复发率为 7.3%。其中 2003-05~2006-05 手术例数为 173 只眼,复发例数为 18 只眼,复发率为 10.4%;2006-05~2008-05 手术例数为 183 只眼,复发例数为 8 只眼,复发率为 4.4%。前期的手术复发率明显高于后期。复发的病例经采用同样术式再次手术,术后跟踪随访 6 个月,未见复发。

3 讨论

3.1 角膜缘干细胞位于角膜缘基底部,含有丰富的蛋白酶,具有增生潜力高、细胞周期长、分化程度低、呈向心运动、不表达角膜蛋白 K3 等特性;其增生、分化及细胞的向心性移行可修复、稳定受损角膜表面,阻止新生血管的侵入及假性胬肉的形成^[5]。角膜缘干细胞移植重建了健康的角膜表面和角膜屏障,从而有效地阻止了翼状胬肉的复发。使角膜缘干细胞正好移位于角膜缺损处,形成角膜上皮增生修复的基础。该带结膜瓣移植片,还修复了巩膜裸露区的球结膜,阻止了结膜上皮和新生血管侵入角膜,起到一个屏障的作用,防止胬肉的复发。翼状胬肉切除及自体角膜缘干细胞移植术后复发的原因是多方面的,归纳起来主要和以下几个方面有关:(1)病变本身,胬肉还处在进展期,病灶大,波及的范围较广,血管、组织增生较严重,手术创伤较大,这些因素都增多了复发的机会。据观察,病灶大的胬肉术后复发率明显比病灶小的高。(2)从临床观察的结果看,越是前期的手术,复发率越高,越是后期的手术,复发率就越低。由此可见,手术医师手术熟练程度与手术效果及复发率有很大的关系。手术医师经验不足表现在:①移植片不够大,不能完全覆盖病变的区域,病变部位的血管容易向角膜内生长;②移植片

太厚,携带太多的结膜下组织及血管,术后反应较重,也增加了复发率;③胬肉体部,结膜下组织变性、增厚,如果没有充分的分离、剪除,增生的血管容易骑跨植片,导致胬肉复发;④角膜面的胬肉病变组织剥离、清除不干净,形成一种支架,血管就很容易向角膜缘内增生,最后导致胬肉复发;⑤手术医生显微缝合技术不够娴熟,未能稳妥地缝合固定在巩膜上,造成移植片移位,也是复发的原因之一。本病案中有 3 例由于缝线滑脱,植片移位,导致术后复发。(3)术后感染和炎症反应,刺激组织、血管增生,增加了胬肉的复发率。所以,术后要注意加强抗感染治疗,减少复发率。本病案中有 5 例,术后出现感染症状,最后有 3 例 1~2 个月后复发。(4)炎性胬肉的患者,术前要抗炎治疗,待炎症消除,病情稳定后方可手术。如炎症未消除即手术,复发率也会增高。本病案中有 7 例术前为炎性胬肉,炎症未消除而急于手术,术后复发就有 2 例。

3.2 翼状胬肉切除及角膜缘干细胞移植术后复发的原因是多方面的,主要是与手术医师的手术熟练程度、患眼的病变程度、术前患眼的炎症控制情况及感染等因素有关。如果能充分地考虑到这此因素,手术效果就更为显著,手术质量也会得到提高,从而降低手术复发率。

参考文献

- 1 严 密.眼科学[M].第4版.北京:人民卫生出版社,1996:69.
 - 2 杜振亚,姜德咏,聂爱光.自体角膜缘上皮移植治疗翼状胬肉的临床分析[J].中华眼科杂志,2002,38(6):351-354.
 - 3 岳丽青,张文兰,罗伟坚.自体角膜缘联合羊膜移植治疗巨大翼状胬肉[J].眼科新进展,2001,21(5):347.
 - 4 赵永旺,彭清华,张仁俊.自体角膜缘干细胞移植术治疗复发性翼状胬肉[J].眼科新进展,2006,26(4):289-290.
 - 5 王雅娜,叶字峰,董 映,等.自体带角膜缘干细胞的结膜瓣移植治疗复发性翼状胬肉[J].现代实用医学,2009,21(1):72-73.
- [收稿日期 2010-04-07][本文编辑 谭 毅 吕文娟]

经验交流

乙状结肠自发性穿孔的诊治分析

黄宏能, 潘留勇

作者单位: 533900 广西,那坡县人民医院外科

作者简介: 黄宏能(1969-),男,大学本科,医学学士,主治医师,研究方向:普外科临床诊治。E-mail:nphhn675@126.com

[摘要] **目的** 探讨自发性乙状结肠穿孔的临床诊断和治疗方法。**方法** 回顾性分析自发性乙状结肠穿孔 16 例患者的临床资料,总结有关诊断和治疗问题。**结果** 本组平均年龄 67.8 岁,伴有高血压 9 例,慢性支气管炎 11 例,前列腺增生 7 例,糖尿病 6 例,16 例均经手术及病理报告而明确诊断,术前误诊率为 81.2%。术后发生切口感染裂开、肺部感染吻合口瘘等并发症 9 例,12 例治疗痊愈出院;死亡 4 例(25%)中主要死于

肺部感染及感染中毒性休克。**结论** 乙状结肠自发性穿孔多发于老年患者,合并症多、误诊率高、病死率高。应提高对老年急腹症的认识,认真询问病史,早诊断、早手术是治疗本病的根本措施,正确处理穿孔、彻底清洗、充分引流、治疗合并症是治疗该病的关键。

[关键词] 自发性乙状结肠穿孔; 误诊率; 诊治

[中图分类号] R 656.9 [文献标识码] B [文章编号] 1674-3806(2010)11-1109-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.11.26

Diagnosis and treatment of spontaneous perforations of the sigmoid colon HUANG Hong-neng, PAN Liu-yong.

Napo County People's Hospital, Guangxi 533900, China

[Abstract] **Objective** To evaluate the clinical characteristics, diagnosis and treatment in patients with spontaneous perforations of the sigmoid colon. **Methods** Clinical data and pathological materials of 16 patients with spontaneous perforations of the sigmoid colon, who were treated in Guangxi Napo County People's Hospital, were reviewed. **Results** The patient's average age in our study was 67.8 years old, 9 patients accompanied with hypertension, 11 patients with chronic bronchitis, 7 patients with prostatic hyperplasia, 6 patients with DM. The sixteen patients who was diagnosed by surgery and pathology, the misdiagnostic rate was 81.2%. The postoperative complications occurred in 9 patients, including incision disruption, anastomotic leakage, wound infection and lung infection. Twelve patients were healed well except 4 patients died from lung infection and toxic shock after operation. **Conclusion** Spontaneous perforation of sigmoid colon is noteworthy due to its more complications, high misdiagnosis rate and high mortality rate in elderly patients. It is important to raise awareness of the acute abdomen. The best way to treat the spontaneous perforations of the sigmoid colon is careful history taking, early diagnosis and treatment. For the treatment of spontaneous perforations of the sigmoid colon, correct perforation treatment, thorough cleaning, adequate drainage and treatment of related complications are critical.

[Key words] Spontaneous perforation of sigmoid colon; Misdiagnosis rate; Diagnosis and treatment

自发性乙状结肠穿孔是指乙状结肠本身无病变或外伤所致的突然穿孔,临床上极为少见,且缺乏特异性,是老年急腹症的病因之一,极易误诊,病死率高。为探讨该病的诊断和治疗方法,我们对本院 1998-01~2010-04 收治的自发性乙状结肠穿孔的 16 例患者的临床资料进行总结分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 16 例,男 11 例,女 5 例,年龄 56~78 岁,平均年龄 67.8 岁,合并有高血压 9 例,慢性支气管炎 11 例,前列腺增生症 7 例,糖尿病 6 例;反复有便秘病史 7 例(43.8%),大便及排尿过程中突然发病 4 例,其余 12 例发病时无明显诱因。穿孔边缘病理报告均呈慢性炎症改变,伴淋巴细胞及中性粒细胞浸润。

1.2 临床表现 本组 16 例患者均突然以腹痛起病,病程 3~18 h(平均 9.3 h),以左下腹痛首发 5 例(31.2%),以右下腹痛首发 3 例(18.8%),其余 8 例均以脐周疼痛首发。局限下腹部疼痛 4 例(25.0%),12 例首发疼痛后进行性加重并向全腹蔓延,出现不同程度腹胀、恶心、呕吐及发热,检查全腹压痛、反跳痛、腹肌紧张等腹膜刺激征,4 例(25.0%)出现高热、血压下降、呼吸急促等感染性休克表现。腹部 X 线检查均有不同程度肠腔扩张,有肠梗阻征象 6 例(37.5%),膈下游离气体 7 例(43.8%)。16 例行诊断性腹腔穿刺,均抽出淡黄色混浊液,镜下见脓细胞及白细胞为主。

1.3 穿孔部位及手术方法 16 例均以急性腹膜炎急诊剖腹探查术,其中 3 例术前考虑乙状结肠穿孔。术中见乙状结肠

穿孔处有脓苔覆盖,穿孔位置在对系膜缘 14 例,近系膜缘 2 例。在乙状结肠直肠交界处 12 例,乙状结肠中部 3 例,乙状结肠起始部 1 例,穿孔面积最小约 1.0 cm×1.0 cm,最大约 4 cm×3 cm。手术方式:穿孔修补加近端结肠造瘘 2 例;穿孔 I 期修补置肛门排气 4 例;单纯 I 期修补术 7 例;穿孔肠段外置造瘘 2 例;病变肠段切除吻合术 1 例。术中结肠灌洗 8 例,所有病例均彻底冲洗腹腔并充分引流。

2 结果

本组 16 例患者有 12 例治愈出院,死亡 4 例(25%),其中 1 例行病变肠段切除吻合术后出现吻合口瘘而死于感染中毒性休克,3 例死于肺部感染、呼吸衰竭。术后并发切口感染、切口裂开 8 例,经 II 期缝合后治愈。

3 讨论

3.1 病因 自发性乙状结肠穿孔病因尚不十分明确,但与乙状结肠自身解剖特点有关。乙状结肠最下动脉与直肠上动脉间的 Drummond 边缘动脉较细或缺乏,对系膜缘血供差,导致乙状结肠和直肠交界处存在着生理性缺血因素^[1]。直肠乙状结肠交界处是结肠最狭窄部位,且几乎形成直角通过,硬结大便通过阻力大,肠壁易变薄,因此,该处易发生自发性穿孔。本组 12 例穿孔发生在乙直交界处(75.0%)。再者,高龄患者常伴有高血压、糖尿病等,乙状结肠壁血管硬化、血液循环差、肠壁变薄、蠕动减弱,使该段肠壁易缺血坏死穿孔。另外,长期便秘患者也引起乙状结肠肠管扩张变薄, Serpell 统计乙状结肠穿孔有明确便秘史占 61.0%^[2],本组 7 例有便秘史(43.8%)。以上因素均引起乙状结肠壁强

度降低,当肠腔内压升高时,易出现穿孔。大便秘结、用力排便、排尿不畅、用力排尿等均造成腹内压及结肠内压突然增高引起该病发病诱因。本组4例是在排尿及大便时发病。另有报道长期服用皮质激素也是引起该病的危险因素^[3]。

3.2 诊断 诊断消化道穿孔、急性腹膜炎并不困难,但术前要明确穿孔部位,以确定手术切口的选择。而乙状结肠自发性穿孔属临床少见病,且缺乏特异性,绝大部分为老年患者,对腹部疼痛反应迟钝,就诊时多数已经出现全腹膜炎表现,早期诊断困难、误诊率高,本组资料误诊率达81.2%。结合本组资料,笔者认为,要提高本病的诊断率,就注意以下几个方面:(1)要重视本病,对老年患者出现以下腹部疼痛为主的腹膜炎,应考虑该病的可能;(2)询问病史要详细,是否合并有高血压、糖尿病及长期便秘或长期服用激素;(3)全面的体格检查,注意腹膜炎体征,如存在局限性腹膜炎,直肠指检有出血等,应考虑本病的可能;(4)诊断性腹腔穿刺简单、安全、快捷,如抽出混浊伴粪臭液,有助于提高本病的诊断率,可提供剖腹探查的依据;(5)腹部X线检查可发现膈下游离气体以及肠腔扩张、液平面等表现,也有助于诊断;(6)多询问发病时是否排便用力过猛、突然搬运重物等诱因。另外,自发性乙状结肠穿孔随着病情进展或肠内容物溢出多者腹膜炎体征明显伴感染中毒症状严重,易发生低血压和休克^[4]。本组4例出现严重的感染性休克。

3.3 治疗 乙状结肠穿孔由于粪性腹膜炎,毒素吸收易引起感染中毒性休克。因此,治疗上手术是唯一方法,任何保守措施都无法奏效,手术彻底清洗腹腔并充分引流,阻止肠内容物继续溢出到腹腔,对于减少并发症,提高治愈率至关重要。手术方式有穿孔I期修补术、穿孔I期修补加近段结肠造口术、病变肠段切除吻合术、穿孔结肠段外置造口术以及Hartmann手术。GuytonSerpell认为Hartmann手术可降低术后并发症和病死率,是本病的首选术式。但是该术式术后患

者生活质量差,患者难接受。随着科技的进步,术中结肠灌洗和抗生素的应用,在急诊情况下采用I期修补及切除吻合的方法已日益增多,还是比较安全的^[5]。本组采用I期修补11例中有1例出现修补处再次穿孔并肺部感染死亡外,其余均预期愈合。因此笔者认为,选择手术方法应个体化,根据病程、患者全身情况、腹腔污染程度来决定术式,对于全身情况差、手术耐受力差的患者,选择简单、时间短的术式,如采用穿孔肠段外置造口术。相反,患者全身情况好、中毒症状较轻、就诊时间较短的,则应彻底灌洗结肠及腹腔,然后视穿孔情况,选择I期修补或病变肠段切除加近段结肠造口术。近年来,随着对此病认识的加深,许多外科医生认为首选术式为病变肠段切除加近段结肠造口术^[4]。总之,治疗本病的效果取决于患者病程、身体状况、腹腔感染程度、手术方式选择的准确性以及术后抗感染与支持治疗、治疗合并症的积极性。

参考文献

- 1 曹荣格,汪迎,曹斌.乙状结肠自发性穿孔的诊治探讨[J].安徽医科大学学报,2009,44(1):114-116.
- 2 Serpell JW. Stercoral perforation of the colon[J]. Br J Surg,1990,77(12):1325.
- 3 Patel VG, Kalakuntla V, Fortson JK, et al. Stercoral perforation of the sigmoid colon: report of a rare case and its possible association with nonsteroidal anti-inflammatory drugs[J]. Am Surg,2002,68(1):62-64.
- 4 邹智勇,潘小季.自发性结肠穿孔18例诊治体会[J].医学临床研究,2009,26(6):1128-1129.
- 5 柯德志.一级修补乙状结肠穿孔的体会[J].黑龙江医药科学,2000,2(3):61.

[收稿日期 2010-05-12][本文编辑 宋卓孙 韦颖]

经验交流

应用描述性研究方法对一起发热反应聚集性事件的调查分析

李元晖, 覃玉秀, 曾顺贞

作者单位: 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院医院感染管理科

作者简介: 李元晖(1970-),女,本科,医学学士,主管医师,研究方向:医院感染管理。E-mail:lyhlgc@vip.sina.com

[摘要] **目的** 评价描述性研究方法在医院内引起发热反应聚集性事件原因调查中的应用效果。**方法** 应用描述性研究方法,对一起某医院发热反应聚集性发生事件按照空间分布、人群分布及时间分布三大特点进行流行病学调查分析,找出病因线索。**结果** 通过调查发现引起发热反应聚集性发生的原因是因为一瓶肝素盐水在使用过程中由于反复抽吸而被污染所致。**结论** 描述性研究方法能直观地判断发热聚集性事件的