

弯曲,当人体在直立状态下,作用于直肠前壁下段的重力增加,患者会感到小腹及肛门下坠,腰骶酸胀,排便次数增多。而排便时可有堵塞感,排便困难,排便时腹压及肛管压较正常人明显增大。当后倾移位的子宫压迫直肠前壁严重时还会造成局部梗阻,本组有2例为直接压迫形成排便困难。另一方面肠腔粪便的正常运行轨道改变,压力增大,造成与肠腔黏膜的磨擦力增加,引起直肠黏膜脱垂,久而久之会使黏膜下组织纤维弹性回缩力下降,支撑及相连纤维肥大变性,继之断裂,形成完全性脱垂甚至内套叠。本组11例直肠黏膜脱垂件套叠有8例存在子宫颈炎、子宫颈肥大,2例严重后倾压迫。(2)分娩时损伤盆内筋膜^[3]、提肛肌,耻骨直肠肌的前中线交叉纤维被撕裂,使薄弱的直肠阴道隔扩张变薄,在排便时直肠前壁受力作用较大,久之向前下扩张,成囊袋状(即直肠前突),当粪便运行于此,腹内压通过直肠前突将粪团压向阴道而非肛管,如同疝突一样,虽用力但粪团不能排出,停止排便后粪团又返回肛管上口,再引起便意,本组8例经排粪造影证实II度以上直肠前突(>16 mm)者均符合上述原因。(3)损伤、炎症、肥大的子宫颈、老年退行性变等因素,都能进一步造成盆底及其它子宫支持组织功能受损,肌纤维肥大变性,弹性变差,盆底肌群松弛,会阴下降,而这一切无疑都破坏了直肠前壁下段的受力平衡。当重力、腹压加粪便摩擦力大于肠壁肌肉组织的弹性回缩力和下方组织的承托力,在黏膜脱垂、套叠、直肠前突、子宫后压、会阴下降等病理因素作用下,出现出口梗阻便秘症状。患者试图通过增加腹压排空,反而加重梗阻状况,使直肠前突更加明显,黏膜脱垂加重,症状也更重,形成恶性循环。因此子宫颈炎、

子宫颈肥大、子宫后位、分娩损伤等妇科疾病为女性直肠出口梗阻型便秘的始动因素和决定性因素。这也解释了为什么男性直肠出口梗阻型便秘与女性直肠出口梗阻型便秘发病前三位类型不同的原因^[6]。

近几年,随着对直肠出口梗阻性便秘的病因病理学研究不断深入,治疗上采用了许多行之有效的办法,如直肠前突的各种修补手术^[7],一方面纠正了直肠的前膨出状态,恢复了其正常的解剖结构,使排便的力学角度有所纠正,缓解了部分梗阻症状,但另一方面也增加了对上方组织的承托力。直肠内脱垂的各种手术及治疗,解决了直肠黏膜的冗长问题,也减轻了梗阻症状。此外,对由于耻骨直肠肌肥厚导致的直肠出口梗阻型便秘,采用耻骨直肠肌部分切除术^[8]治疗,临床上都取得较好疗效。

[参 考 文 献]

- [1] 中华医学会外科分会肛肠外科学组. 便秘诊治暂行标准[J]. 中华医学杂志, 2000, 80(7): 491~492.
- [2] 刘世信. 结肠运输试验对诊断便秘的价值[J]. 中华医学杂志, 1993, 73(2): 75~77.
- [3] 陈孝明, 潘秀珍. 肛门直肠功能检测及其临床应用[J]. 中国肛肠病杂志, 1998, 18(3): 3~4.
- [4] 罗秀娟. 女性便秘与孕育[J]. 中国肛肠病杂志, 1998, 18(1): 32~33.
- [5] 张东铭主编. 盆底与肛门病学[M]. 贵阳: 贵州科学技术出版社, 2001: 300~305.
- [6] 林炳泉, 刘永健, 陈莉莉, 等. 男性便秘203例原发病分析[J]. 中国肛肠病杂志, 2002, 22(1): 18~19.
- [7] Ho YH, Ang M, Nyam D, et al. Transanal approach to rectocele repair may compromise anal sphincter pressures[J]. *Dis Colon Rectum*, 1998, 41(3): 354~358.
- [8] 徐道昆, 陈莉莉. 两种不同术式治疗耻骨直肠肌肥厚症的临床观察[J]. 中国肛肠病杂志, 2002, 22(1): 31~32.

[文章编号] 1000-2200(2005)05-0436-02

· 临床医学 ·

前房积血 33 例临床分析

方 丽

[摘要] 目的: 探讨前房积血的处理方法。方法: 对33例前房积血采取保守治疗和手术治疗相结合, 保守治疗包括半卧位休息, 双眼包扎制动, 止血及降眼压。前房冲洗术采用透明角膜穿刺入前房, 平衡盐溶液冲洗前房。结果: 经治疗前房积血全部吸收, 治疗后视力>0.5者19例, 0.2~0.5者6例, ≤0.1者8例, 较治疗前明显增高($P < 0.01$)。结论: 通过对前房积血进行双眼制动、降眼压、前房冲洗等方法的处理, 可获得良好的治疗效果并减少并发症的发生。

[关键词] 眼出血; 前房积血; 眼压; 前房冲洗

[中国图书资料分类法分类号] R 771 [文献标识码] A

[收稿日期] 2005-01-14

[作者单位] 蚌埠医学院附属医院 眼科, 安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 方 丽(1976-), 女, 安徽阜阳人, 住院医师。

前房积血是一种常见的挫伤后综合征, 对视力的影响随积血量的多少及积血吸收速度的快慢不同

而不同。少数轻度前房积血可不经处理自行吸收痊愈,但由于出血演变过程的复杂性,一些严重并发症的发生可导致视力损害,多数病例需要及时正确的综合处理,以促进积血吸收,防止并发症的发生,利于患者视力的恢复。

1 资料与方法

1.1 一般资料 挫伤性前房积血 33 例,为我院 1995~2002 年住院患者,其中男 29 例,女 4 例;年龄 3~12 岁 21 例,13~20 岁 4 例,20 岁以上 8 例。左眼 17 例,右眼 16 例,均为单眼。致伤原因主要为玩具子弹、树枝、石子、拳击、啤酒瓶炸伤等。前房积血按 Oksala 分类法:前房积血量不到前方容积 1/3,位于瞳孔缘之下者为 I 级,11 例(31.33%);积血量占前房容积的 1/2,超过瞳孔下缘者为 II 级,7 例(21.21%);积血量超过前房容积的 1/2 以上,甚至充满整个前房者为 III 级,15 例(45.46%)。在上述前房积血中继发性青光眼 8 例,其中房角后退 2 例,角膜血染 1 例,玻璃体积血 1 例,视网膜脱离 1 例,视网膜震荡伤 1 例。视力 < 0.05 者 27 例,0.05~0.1 者 3 例,0.2~0.5 者 3 例。

1.2 治疗方法 保守治疗包括半卧位休息,双眼包扎制动,止血药、20%甘露醇及其他降眼压药物的应用。前房冲洗术采用表面麻醉,透明角膜穿刺入前房,平衡盐溶液冲洗前房,血凝块较多者可使用尿激酶冲洗前房,术后抗生素、激素、止血药全身应用。

1.3 统计学方法 采用配对 t 检验。

2 结果

2.1 出血吸收时间 I 级前房积血 1~6 天,II 级前房积血 4~8 天,III 级前房积血 8~12 天吸收。

2.2 治疗效果 治疗前视力为 0.0358 ± 0.0789 ,治疗后视力为 0.6300 ± 0.4168 ,治疗前后视力变化值为 $(\bar{d} \pm s_d) 0.5942 \pm 0.4157$,治疗前后差异有显著性($t=8.21, P<0.01$)。

3 讨论

3.1 体位 严格半卧位休息,双眼包扎制动。有学者认为,伤后采取平卧位与左右侧卧交替进行可有利于积血吸收^[1]。但头位抬高能防止血凝块、纤维素及变形的红细胞阻塞上方房角,预防继发性青光眼的发生^[2]。本组病例 II 级及 III 级积血吸收时间较阮剑峰^[1]报道的短,可能与此有关。

3.2 散瞳与缩瞳 散瞳有利于眼休息,防止虹膜后粘连,但可使瞳孔裂伤加重,房角变窄诱发继发性青光眼,同时减少了虹膜吸收面积,延迟积血吸收。缩瞳可使房角开放防止眼压升高,扩大虹膜吸收面积,但会加重虹膜根部离断,引起虹膜后粘连。故主张不扩、不缩^[3]。如果葡萄膜反应较重,前房渗出多,应予以扩瞳。

3.3 手术指征 积血量在 II 级以上伴眼压升高;有角膜血染倾向或刚发生角膜血染;大量前房积血药物治疗吸收不明显。手术前根据积血的范围选择切口的方位,一般于六点位作透明角膜板层切口,平衡盐溶液持续冲洗。对有较多血凝块者加用 1 000 $\mu\text{g}/\text{ml}$ 尿激酶前房内冲洗,促进血凝块溶解吸收。对前房内血凝块未能冲出及前房内血液机化膜者,可加作上方透明角膜板层隧道切口。该切口小,隧道成闭合状,前房维持好,由此切口进入钩针或眼内镊剥离取出机化膜。这种切口一般不需要缝合,可自行闭合。前房冲洗时,冲洗针头应尽量避免在瞳孔区内操作,以防损伤晶状体。

3.4 并发症 (1) 继发性青光眼:是挫伤性前房积血最常见的并发症,本组病例中有 8 例发生继发性青光眼。除 2 例由房角后退引起外,其它可能是由于血液量多、血凝块或变形的红细胞阻塞小梁网引起眼压升高。一般通过上述综合治疗可有效控制眼压,对于药物治疗不理想或大量前房积血应及时行前房穿刺冲洗,对极少数合并玻璃体积血者可根据病情择期行玻璃体切割术,降低眼压,防止高眼压对视神经造成不可逆损伤。(2) 角膜血染:是由于大量的前房积血加以持续的高眼压,破坏了角膜内皮的物理屏障功能和液泵作用,使血红蛋白渗入角膜基质层中,或因血浆中含铁血黄素沉积于角膜基质层中。有学者认为,整个前房积血持续 6 天且眼压持续在 3.3 kPa 以上一定会发生角膜血染。因此,要在促积血吸收的同时控制眼压,以防角膜血染的发生^[4]。

[参 考 文 献]

- [1] 阮剑峰. 外伤性前房出血 102 例治疗分析[J]. 广东医学, 2004, 25(10): 1 200~1 201.
- [2] 胡倩, 李明. 儿童挫伤性前房出血 51 例临床分析[J]. 眼外伤职业眼病杂志 1999, 21(6): 600.
- [3] 朱晓雁, 郭金华. 挫伤性前房出血 98 例临床分析[J]. 眼外伤职业眼病杂志, 1999, 21(4): 356.
- [4] 沈玲, 张明军, 郭振华, 等. 挫伤性血影细胞性青光眼的术式及药物治疗[J]. 眼外伤职业眼病杂志, 2000, 22(5): 597.