

文章编号: 1674 - 6309(2011)02 - 0190 - 02

· 经验交流 ·

小儿黏连性肠梗阻 112 例治疗体会

田永成¹, 周雪鸿²

(1. 宁夏原州区寨科中心卫生院中西医结合科, 固原 756000; 2. 宁夏医学院附属医院小儿外科, 银川 750004)

摘要:目的 观察小儿黏连性肠梗阻的疗效。方法 回顾性分析 112 例小儿黏连性肠梗阻病例。结果 绞窄性肠梗阻 7 例,入院后即手术治疗 6 例治愈,1 例死亡。单纯性肠梗阻 105 例,均采用中西医结合保守治疗。中低位肠梗阻 90 例治愈 81 例(治愈率 90%),8 例中转开腹治愈;高位肠梗阻 15 例,治愈 4 例(治愈率 27%),11 例中转开腹手术治疗,均获治愈。高位肠梗阻与中低位两组相比疗效差异有统计学意义。结论 在小儿黏连性肠梗阻中,绞窄性肠梗阻应及早手术,单纯性肠梗阻中西医结合可取得满意治疗效果。

关键词: 小儿; 黏连性肠梗阻; 中西医结合

中图分类号: R725.7 文献标识码: B

黏连性肠梗阻是小儿常见急腹症之一,我院及宁夏医科大学附属医院 1998 - 2009 年 11 月期间,共收治 112 例黏连性肠梗阻,现就病因、治疗和疗效效果总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 112 例患儿,均来自我院及宁夏医科大学附属医院 1998 - 2009 年 11 月期间收治患儿,男 67 例,女 45 例,年龄 6 个月 ~ 16 岁。有腹腔手术史 106 例,阑尾炎术后 49 例,肠套叠术后 19 例,麦克尔憩室术后 23 例,外伤术后 7 例,先天性胆总管囊肿术后 3 例,粪石性肠梗阻术后 5 例,发病 2 次以上 17 例,2 次手术 3 例;无手术史 6 例,其中外伤血腹引起黏连性肠梗阻 2 例,胎粪性腹膜炎 4 例。

1.2 临床表现 均以阵发性腹痛起病,伴有肛门停止排气排便,大部分病例有呕吐,不能进食。查体:可有肠型、腹部包块、肠鸣音亢进或减弱消失、脱水、电解质紊乱、酸碱失衡等。

1.3 治疗方法 根据入院情况、梗阻程度,分为绞窄性肠梗阻和单纯性肠梗阻。绞窄性肠梗阻均采用手术治疗,单纯性肠梗阻根据临床表现及 X 线分为低位和高位两种,采用中西医结合保守治疗:禁食,胃肠减压,补液支持,纠正水电解质、酸碱紊乱,抗感染。同时阿托品肌肉注射 $0.01\text{mg} \cdot \text{kg}^{-1}$,用石蜡油 30 ~ 50mL 保留灌肠,半小时后胃管注入四磨汤(木香 10g、枳壳 10g、乌药 10g、炒槟榔 15g 浓煎 100mL) 20 ~ 30mL,并予四磨汤 20 ~ 30mL 保留

灌肠,根据病情每日 1 ~ 2 次。

1.4 疗效观察 疗效确定标准 临床治愈:临床症状消失,恢复排气排便,进食后无异常,X 线片,气液平面消失。无效:症状无缓解,或加重,全身症状转差而转为手术者。X 线片无改变。

1.5 统计学方法 采用 χ^2 检验。

2 结果

绞窄性肠梗阻 7 例,入院后即手术治疗 6 例治愈,1 例死亡。单纯性肠梗阻 105 例,均采用中西医结合保守治疗。中低位肠梗阻 90 例治愈 81 例(治愈率 90%),8 例中转开腹治愈;高位肠梗阻 15 例,治愈 4 例(治愈率 27%),11 例中转开腹手术治疗,均获治愈。高位肠梗阻与中低位两组相比疗效差异有统计学意义($P < 0.01$)。

3 讨论

小儿黏连性肠梗阻占小儿肠梗阻患儿的 50%,其中 80% 继发于腹部手术^[1],手术后腹腔内脏和腹膜的黏连是机体对抗外来刺激的生物保护机制可使腹腔炎症局限,促进创伤愈合,但黏连也带来肠黏连的危害,由于黏连和牵拉可以造成肠管推移、压迫引起功能障碍,导致肠梗阻的发生。小儿黏连性肠梗阻首要是要区分绞窄性和单纯性肠梗阻,绞窄性肠梗阻一经明确,需立即手术治疗,以免延误抢救时机,本组患儿中 1 例 14 岁男性患儿,其阑尾炎术后 6 个月黏连性绞窄性肠梗阻,在外院保守治疗 1d 来院,感染中毒性休克,虽经手术等积极治疗仍死亡。单纯性肠梗阻为避免多次手术带来更多黏连,因首选非手术治疗,在禁食、胃肠减压、补液、抗感染基础之上加用中药胃管注入,保留

收稿日期: 2010 - 03 - 28

作者简介: 田永成(1968),男(回族),宁夏人,主治医师,从事中西医结合临床工作。

灌肠,疗效显著,特别是在中低位肠梗阻的治疗中,更加显著^[2]。中药四磨汤中木香,可行气止痛,健脾消食;枳壳,有理气宽中,行气消胀之功;炒槟榔,消积行气利水;乌药行气止痛,温肾散寒。各药合用可以行气止痛消胀,具有通腑理气攻下之效能,可促进肠蠕动,使肠管克服障碍,提高疗效,胃管注药加保留灌肠,药物同时作用肠管,效果更加明显。在中低位肠梗阻中,注射阿托品后可使肠管解除痉挛,胃管内注入中药顺利进入肠管,药物得到充分吸收和利用。本组90例中低位肠梗阻患儿,81例治愈,治愈率90%。高位肠梗阻,因梗阻部位高,影响中药吸收利用,治疗效果较中低位肠梗阻差,因此我们认为,对于高位单纯性肠梗阻保守治疗2~3d后,症状无改善者应选择手术治疗。

肠黏连是一个长期存在的病变,当胃肠功能紊乱,黏连部位受压扭转就可造成梗阻,肠坏死严重时危及生命。术中、术后如何预防肠黏连的发生,临床上也做了很多研究,目前无确实有效的预防方

法^[3]。我们体会:1)术中要尽量减少对肠管的刺激,操作轻柔,减少肠管暴露时间,肠管外露时应用热纱垫包裹。彻底清除脓液、血液以及异物。2)术后早期下地活动,我们主张,麻醉监护期过后,即可下地活动,对较小婴儿多予翻身,抱起等活动。3)对未行肠切除的患儿,术后第1天即可应用中药四磨汤胃管注入或口服。4)术后饮食应逐步恢复,切忌暴饮暴食及进食不宜消化食物。

参考文献:

- [1] 王果,李振东. 小儿腹部手术并发症的预防及处理[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 1994: 140-148.
- [2] 陈捷,林进汉,金立华,等. 大黄四逆散治疗小儿黏连性肠梗阻临床和实验观察[J]. 中医药学刊, 2006, 5(24): 824-825.
- [3] 金百祥. 腹膜粘连的形成及肠梗阻的防治[J]. 中华小儿外科杂志, 1994, 15(5): 309.

(责任编辑:路锦绣)

文章编号:1674-6309(2011)02-0191-03

• 经验交流 •

不同体位对连续中心静脉压监测的影响

王汝雯, 赵淑银

(宁夏回族自治区第三人民医院护理部,银川 750011)

摘要:目的 通过动态监测不同体位中心静脉压(CVP)的变化,计算不同体位时中心静脉压之间关系。方法 回顾性分析了进行CVP监测的54例病人,对其不同体位的CVP数值进行对比分析,得出平卧位时的CVP值与另3种卧位CVP值的相关性与回归分析。结果 平卧与抬高床头15°卧位、30°卧位、45°卧位时中心静脉压呈线性关系。结论 在病人半卧位时测量CVP,代入回归方程即可计算出该病人平卧时的CVP数值,避免了因改变体位带来的不良影响。

关键词:不同体位;中心静脉压;监测

中图分类号:R443+.5 文献标识码:B

随着重症医学的发展,中心静脉压已经成为危重患者常规监测手段,观察CVP的动态变化,有助于了解右心功能与静脉血管及血容量的变化情况,对指导扩容,避免输液过量和不足以及指导利尿药的应用等有重要的参考意义。CVP常受许多因素的影响,如静脉回流量、血容量、右心功能、血管阻力、心包腔内压力等,除此以外,还会受到许多外界因素的干扰,如机械通气、体位改变、导管因素等,

使其测量的结果偏高或偏低,影响其准确性,不能及时发现患者病情的变化,导致患者错过最佳治疗时期,我科2008年1月-12月分析了4种不同体位中心静脉压的测量结果,以了解不同卧位时CVP的变化。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集我院2008年1-12月ICU收治的54例病人进行CVP监测。其中急性心肌梗死36例,心功能不全9例,心肺复苏术后4例,休克3例,主动脉夹层3例;男34例,女20例,年龄36~78

收稿日期:2009-12-25

作者简介:王汝雯,女,从事临床护理工作。