

复情况 A、B 二组术后苏醒时间明显短于 C 组 ( $P < 0.01$ ) ,且 苏醒期较平稳 不良反应少。

表 1 手术前后三组患儿 HR 变化 (  $n = 30$  bpm/min  $\bar{x} \pm s$  )

组别	入室 HR	臂丛阻滞 10'	手术开始	术中 10'	术中 30'
A 组	119 ± 13	116 ± 13	112 ± 16	108 ± 15	104 ± 13
B 组	126 ± 17	118 ± 18	113 ± 18	109 ± 19	108 ± 19
C 组	116 ± 12	112 ± 7	153 ± 14*	136 ± 13*	130 ± 10*

注: \* 与 A、B 组比较  $P < 0.01$   $F = 6.28$

表 2 三组术毕至完全清醒时间比较 (  $n = 30$  min  $\bar{x} \pm s$  )

组别	出现吞咽	感觉疼痛	有应答反应
A 组	10 ± 4	31 ± 6	20 ± 8
B 组	12 ± 6	39 ± 9	34 ± 10
C 组	17 ± 6	50 ± 15	40 ± 11

注: C 组与 A 组比较  $P < 0.01$   $F = 7.37$

### 3 讨论

臂丛神经阻滞是一种较安全的部位麻醉方法 ,具有操作简单、对呼吸循环干扰小、易于管理等优点。小儿肌间沟臂丛神经解剖清楚 ,定位较容易 ,操作简单易行。加之小儿神经纤维直径较细小 ,髓鞘较薄 ,郎飞结之间的距离较短 ,局麻药的局部扩散性好 ,阻滞起效迅速 ,较低浓度的局麻药即可产生较完善的神经阻滞作用。所选用的局麻药罗哌卡因具有毒性小 ,安全范围大 ,维持时间长等优点 ,可提供良好的术中和术后镇痛 ,其优势是利多卡因和布比卡因所不可比拟的 ,适用于小儿臂丛神经阻滞。但小儿患者由于心理和生理的特殊性 ,手术期间除了确保足够的镇痛外 ,还需要充分的镇静 ,以消除小儿因紧张、恐惧等情绪导致的体动、哭闹、不配合而影响手术操作 ,方可保证手术和麻醉的顺利进行<sup>[2]</sup>。丙泊酚是一种快速、短效静脉麻醉药 ,苏醒迅速而完全 ,持续输注后无蓄积 ,诱导剂量的丙泊酚对心血管系统有一定的抑制 ,麻醉苏醒指标则显示丙泊酚可显著缩短麻醉苏醒时间 ,降低麻醉并发症和不良反应。氯胺酮为小儿基础麻醉常用药 ,它是一种具有深度镇痛 ,且对呼吸、循环影响较轻的静脉麻醉药 ,但因

其直接兴奋中枢交感神经系统 ,患儿可出现血压升高、心率加快、呼吸道分泌物增多及苏醒期躁动、恶心呕吐等 ,增加了麻醉的风险。而丙泊酚与氯胺酮合用可减少各自用药量 ,降低其不良反应的发生 ,提高循环的稳定性 ,进而可降低手术出血量 ,减少有效循环血量的丢失 ,进一步稳定循环功能。在臂丛神经阻滞麻醉基础上辅以小剂量丙泊酚或者丙泊酚复合氯胺酮 ,使患儿在术中处于适当的睡眠状态 ,对手术操作无反应 ,并可有效避免单纯使用氯胺酮药量过大、药物蓄积导致的呼吸抑制、苏醒延迟及苏醒期燥动、恶心呕吐等不良反应 ,在小儿上肢手术中具有镇静、镇痛效果好 ,呼吸、循环稳定 ,苏醒迅速完全 ,麻醉并发症少等优点 ,是适宜基层医院的简便安全有效的小儿麻醉方法。

### 参 考 文 献

- [1] 张大志,王铁军,冯磊,等. 不同浓度罗哌卡因用于婴幼儿臂丛神经阻滞的临床观察. 临床麻醉学杂志 2007, 10 (23): 852.
- [2] 庄心良,曾因明,陈伯奎. 现代麻醉学. 第 3 版. 北京:人民卫生出版社 2003: 446-447.

## 小儿肠套叠的 X 线诊断与治疗

孙利芳 陈桂林 陈琬

**【摘要】** 目的 探讨小儿急性肠套叠空气灌肠复位的疗效。方法 回顾性分析 300 例肠套叠患儿经空气灌肠诊疗的临床资料。结果 312 例患儿 ,一次性空气灌肠复位成功 258 例 (98%) ,回结套未整复成功 25 例 (8%) ,小肠套未整复 6 例 (2%)。结论 空气灌肠是诊治小儿肠套叠最有效的方法之一 ,安全性好 ,并发症少。

**【关键词】** 肠套叠; 空气灌肠复位术

小儿肠套叠是最常见的急腹症之一。肠套叠有原发性和继发性两类。小儿多为原发性 ,治疗方法有非手术治疗与手术治疗两种。非手术治疗一般在放射科采用空气灌肠进行诊断及复位。现将我院 2009 年 1 月至 1010 年 1 月在我院放射科进行空气灌肠复位的 300 例肠套叠患者总结整理 ,报告如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本组 300 例 ,男 190 例 ,女 110 例 ,年龄 3 个月至 8 岁。平均 1.3 岁。所有患儿均经超声检查诊断为肠

套叠。

**1.2 治疗方法** 治疗前 20 min 肌肉注射阿托品或东莨菪碱胃肠道解痉 ,后进行空气灌肠诊断性治疗及复位。

### 2 结果

临床表现: 本病多见于肥胖健康儿 ,少数有腹泻、上呼吸道感染症状。起病急 ,阵发性哭闹 275 例 ,呕吐 200 例 ,血便、果酱色便 130 例 ,腹部触及包块 230 例 ,自述腹痛 30 例。另患儿出现精神萎靡 ,面色苍白 ,嗜睡、腹胀等全身症状。

X 线平片表现: 腹部均匀致密呈无气或少气 212 例; 肠管积气扩张、出现大小不等气液平面、呈不全性肠梗阻表现者 133 例; 呈完全性肠梗阻表现 59 例 ,99 例腹平片出现软组织

作者单位: 450053 郑州市儿童医院放射科

包块影。

透视下空气灌肠所见: ①套入类型: 回结型 243 例, 回回结型 44 例, 空回型 11 例, 回回型 1 例, 结结型 1 例。②整复率: 258 例整复 25 例套头至回盲部固定不动未整复, 回结套整复套头至小肠未整复 16 例, 肠穿孔 1 例。③复发率: 265 例患儿一次整复后未见复发, 35 例出现复发, 其中 24 例复发一次, 3 例复发二次, 2 例复发四次, 1 例复发 12 次。

### 3 讨论

小儿肠套叠是指一段肠管套入邻近肠管, 是婴幼儿肠梗阻最常见的原因。由于肠系膜血管受压, 肠管供血障碍导致肠壁淤血、水肿、坏死乃至发生休克、死亡。如能及时治疗, 患儿恢复顺利。小儿肠套叠多为特发性, 可能与饮食改变、活动量过大、腺病毒感染有关。少数继发于肠炎、急腹症术后、美克尔憩室等。

早期小儿肠套叠直接手术外, 多采用钡剂灌肠复位, 由于穿孔率较高, 目前很少采用。空气灌肠复位适应发病 48 h 以内, 全身情况较好, 腹部无明显压痛及肌紧张, 无严重肠梗阻、

腹膜炎、肠坏死征象的。气灌肠前应常规胸腹部透视, 观察肠管充气情况, 有无肠梗阻及包块影, 在复位过程中注意灌肠压力控制及少用手按摩复位, 以免发生肠穿孔。复套患儿往往套叠较紧, 发病早期即可出现肠坏死, 不应勉强复位。肠套叠复位标准: 套入部阴影消失; 大量气体进入小肠; 停止灌肠后排出正常大便; 患儿安静, 临床症状及体征消失<sup>[1]</sup>。灌肠复位后还应密切观察 24 h, 极少数病例经灌肠复位后小肠发生穿孔产生气腹。气腹主要见于发病时间长( > 72 h) 或复套病例, 空气灌肠复位术前应严格掌握适应证及禁忌证, 不应勉强复位; 在充气过程中应严密观察患儿情况, 特别是较小婴儿及全身情况较重患儿。发生气腹应立即自肛门排气, 腹穿排气并通知外科手术, 避免因大量气腹引起膈肌上升影响呼吸循环以及呼吸心跳停止甚至死亡。

### 参 考 文 献

- [1] 许赛英主编. 实用儿科放射诊断学. 北京: 北京出版社, 1999: 608

## 妊娠期糖尿病 30 例诊治体会

孙伟

**【摘要】** 目的 总结妊娠期糖尿病的诊治体会。方法 对 30 例妊娠期糖尿病的临床资料进行回顾性分析。结果 30 例妊娠期糖尿病结局: 25 例诊治及时, 除有 5 例巨大儿外, 其余新生儿体重在 3000 ~ 3800 g, 母儿均无严重并发症。5 例因发现诊断较晚, 血糖控制不满意, 其中 4 例合并重度子痫前期, 3 例术后切口未愈合, 2 例合并羊水过多, 3 例新生儿有心脏及神经系统畸形而死亡。结论 提高对妊娠期糖尿病的认识, 发现妊娠期糖尿病尽早治疗, 争取让每一位妊娠期糖尿病患者都有一个好的妊娠结局。

**【关键词】** 妊娠期糖尿病; 血糖; 胰岛素

### 1 临床资料

**1.1 一般资料** 2009 年 1 月至 2010 年 1 月在我科收治的妊娠期糖尿病患者 30 例, 年龄 23 ~ 40 岁, 初产妇 21 例, 经产妇 9 例, 其中 25 例经 OGTT 确诊为妊娠期糖尿病, 分娩前均控制饮食或胰岛素治疗。5 例因临产后住院, 并经入院常规检查发现妊娠期糖尿病, 未经治疗。

**1.2 检查方法** 妊娠 24 ~ 28 周行糖筛查, 口服 50 g 葡萄糖 1 h 后测血糖 7.8 mmol/L, 为糖筛查阳性, 应查空腹血糖, 若空腹血糖 5.6 mmol/L, 可诊断为妊娠期糖尿病。空腹血糖正常, 若再行 OGTT 检查, 即空腹血糖 12 h 后, 口服 75 g 葡萄糖, 其正常值上限为: 空腹血糖 5.6 mmol/L, 1、2、3 h 分别为 10.3 mmol/L、8.6 mmol/L、6.7 mmol/L, 其中两项或两项以上达到或超过正常值即可诊断<sup>[1]</sup>。若即时血糖 11.2 mmol/L, 亦可诊断。

### 1.3 治疗方法

**1.3.1 饮食控制** 一部分妊娠期糖尿病孕妇仅需控制饮食即能维持血糖在正常范围。由于妊娠期孕妇除自身需要能量以外, 尚需满足胎儿宫内生长发育, 所以糖尿病孕妇每日热量摄入不宜限制过严, 最理想的饮食为既不引起饥饿性酮体产生, 又能严格限制碳水化合物摄入, 以致避免餐后高血糖, 此外, 适当运动也很重要, 运动不仅能减少体重增加还能帮助降

低血糖。

饮食控制 3 ~ 5 d 后测 24 h 血糖, 即空腹及三餐后 2 h 血糖及三餐 24 h 后尿酮体。若空腹血糖 > 5.6 mmol/L 或餐后 2 h > 6.7 mmol/L, 尿酮体阳性, 均应胰岛素治疗。

**1.3.2 胰岛素治疗** 首先从基础量开始, 早、中、晚餐前 30 min, 皮下注射诺如灵 R10 u、6 u、8 u, 若空腹血糖高则临睡前皮下注射诺如灵 N4u, 监测空腹及三餐后 2 h 血糖及尿酮体。根据血糖高低及时调整胰岛素用量, 每次加或减均应 4 u, 控制血糖水平在空腹血糖 < 5.6 mmol/L, 餐后 2 h < 6.7 mmol/L。妊娠 32 ~ 34 周胰岛素用量达高峰, 妊娠 36 周后胰岛素用量下降。

**1.3.3 分娩时机** 饮食控制即能达到理想血糖水平时, 妊娠期糖尿病患者可待自然分娩, 妊娠周数尽量 41 周。胰岛素治疗患者应等待至妊娠 38 ~ 39 周终止妊娠。血糖控制不满意, 有严重并发症及伴血管病变患者应了解胎肺成熟情况, 胎肺成熟后立即终止妊娠。

### 2 结果

30 例患者中 25 例经饮食控制或胰岛素治疗后, 均获得健康新生儿, 5 例未经治疗的患者有 3 例新生儿有心脏及神经系统畸形死亡, 4 例合并重度子痫前期, 3 例术后切口未愈合, 2 例合并羊水过多。

### 3 讨论

糖尿病并不影响妊娠, 糖尿病孕妇生育能力与非糖尿病

作者单位: 118002 丹东市妇女儿童医院妇三科