

建+尿道成形术,若阴囊皮肤发育好的病例亦可选用阴囊纵隔皮瓣尿道成形术。若阴囊型、会阴型尿道下裂可选用 Duckett+Duplay 术、“尿道板”重建+尿道成形术,或者分期手术治疗。

术中切除阴茎腹侧挛缩的纤维索带,纠正弯曲,并行人工阴茎勃起实验,若纠正弯曲不满意,可在阴茎背侧最凸出处用不吸收线折叠缝合白膜,或者在阴茎腹侧横行切开白膜完全矫正下弯,用真皮片修补白膜切口。

我们常规应用阴茎头隧道法将尿道开口于阴茎头正位,且将尿道外口足够宽,达到比愈合后的尿道外口大1倍以上,以防止尿道外口狭窄,F6-F10导尿管留置导尿,起支撑新尿道和引流尿液的作用,部分手术术中留置“管中管”引流尿液,带侧孔外管起支撑尿道作用,内管置入膀胱引流尿液,新尿道分泌物自侧孔经内外管之间排出,减少感染几率。

术中必须保证新尿道血运,缝合皮瓣不宜过紧,以免影响血运,并取带血管阴茎皮下组织或肉膜覆盖尿道^[3],阴茎皮肤采用Z形皮瓣转移,使三层缝合线不在同一平面上,可减少尿瘘发生率。近年的手术我们应用了显微外科技术,可以减少营养血管分支的损伤,保证皮瓣血供,镜下裁剪皮

片精确,止血彻底,降低术后伤口渗血、皮下血肿的机会,在新尿道建立过程中,可准确达到皮下缝合,针距均匀、严密,皮缘对合平整,可有效减少并发症^[4]。

我们认为外观是影响患者对手术远期结果评价的第一位因素,不良外观对患者心理的影响是性功能障碍和性生活不满意的重要原因。对于严重的尿道下裂或者合并严重下弯及阴茎阴囊转位的病例,在术后功能和外观上II期手术优于I期手术^[5],故我们主张在保证手术成功率的同时,同样注重其外观,不一味追求I期手术。

参考文献

- [1] 何恢绪,梅 骅.尿道下裂外科学.第2版.北京:人民军医出版社,2008:46.
- [2] Snodgrass W. Tubularized incised plate urethroplasty for distal hypospadias. J Urol, 1994,151(2):464.
- [3] 吴荣德,郭宗远,于启海,等.提高 Duckett 术式治疗尿道下裂治愈率的相关因素分析.中华小儿外科杂志,2000,21(6):349.
- [4] 段光琦,潘永康,张 敏,等.应用显微外科技术修复小儿尿道下裂.中国微创外科杂志,2006,6(12):965.
- [5] Gershbaum MD, Stock JA, Hanna MK. A case for 2-stage repair of perineoscrotal hypospadias with severe chordee. J Urol, 2002,168:1727.

(收稿日期 2011-11-29)

小儿急性肠套叠透视下空气整复诊疗体会

王加寿 邹文革

[摘要] 目的 探讨透视下空气灌肠治疗小儿肠套叠的疗效。方法 回顾分析 2008-2010 年收治的小儿急性肠套叠病例。结果 X 线透视下行空气灌肠诊断和整复治疗,成功 54 例,手术治疗 4 例,无死亡病例。结论 在严格掌握适应症的情况下,透视下空气灌肠对本病的诊断和治疗具有安全、复位快、创伤小等优点,是治疗小儿急性肠套叠的首选方法。

[关键词] 小儿;肠套叠;空气灌肠;X 线透视

[中图分类号]R574.3

肠套叠是小儿最常见的急腹症之一,系肠管的一端及其附着的肠系膜套入相邻的远端肠管内所致,不完全性小肠梗阻。该病必须及时明确诊断,并进行有效治疗,否则会导致小儿肠管的缺血坏死、急性腹膜炎,甚至危及小儿生命。本文回顾性分析我院 2008 年至 2010 年间 58 例经空气灌

肠治疗的肠套叠患儿,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 58 例中,男 32 例,女 26 例;年龄 5 个月至 3 岁,平均 14 个月;病程 5-48h。临床症状表现为阵发性哭闹(或腹痛)、呕吐、血便及腹部包块。

1.2 方法 采用电脑遥控灌肠整复仪对患儿进行

作者单位:334000 上饶,江西省上饶市人民医院放射科

诊断性空气灌肠和整复治疗。先行立卧位腹部透视后经肛门插入 Foley 氏气囊导管 5-10cm, 气囊内注入 10-20ml 空气, 以防灌肠时气囊脱落, 以 7-8kPa 气压缓慢注入空气后确诊为肠套叠。明确诊断后应用脉冲方式逐步升高压力, 每次升高 1kPa, 直至整复成功, 最大压力不超过 16kPa, 在电视监视下, 可见肠套叠头部显示为杯口状包块影, 随着压力持续增加, 套入部逐渐退缩到回盲部, 直至消失。必要时辅以手法按摩、适量应用解痉药物 654-2; 如透视见大量空气进入小肠呈“沸腾”状, 软组织影消失, 患儿哭闹停止, 平静入睡或精神明显好转则提示整复成功。复位成功后继续观察 24h, 禁食 6-12h, 给予补液、抗炎治疗, 口服 0.5-1g 活性炭, 如 6-8h 后在大便中找到黑色炭末, 可给患儿少量易消化的少渣饮食。

2 结果

透视下空气灌肠 58 例小儿肠套叠复位 54 例, 成功率 93%。本组有 4 例空气整复失败, 均行手术治疗: 2 例是回肠套入回肠后又套入升结肠; 2 例是回肠套入盲肠后套入升结肠, 伴有肠系膜淋巴结肿大。

3 讨论

急性肠套叠多见于 3 岁以下婴幼儿, 尤其是 4-10 个月龄者; 以春季发病较高。小儿急性肠套叠病因复杂, 目前认为小儿急性肠套叠与下列因素有关: 如辅食添加等饮食习惯的改变及腹泻、发热等引起肠蠕动不协调; 植物神经、病毒或其他原因引起回盲部淋巴组织炎性增生, 压迫肠管诱发肠套叠。

空气灌肠整复作为诊治小儿急性肠套叠的首

先方法被广泛用于临床, 具有操作简单、直观、安全等优点, 只要严格掌握禁忌症和适应症并规范操作, 可取得较好的治疗效果。空气灌肠整复过程中应注意以下几点: (1) 严格掌握空气灌肠禁忌症和适应症。适应症: 病程不超过 48h, 血便不超过 24h; 一般情况好, 无脱水、休克、高热征象; 无明显腹胀及腹膜炎征象。禁忌症: 病程超过 48h, 血便超过 24h; 一般情况差, 有脱水、休克、高热征象; 怀疑有腹膜炎征象; 白细胞计数 > 15000 × 10⁹/L。(2) 正确选择空气灌肠压力: 诊断性空气灌肠压力要小, 注入压力稍慢能更好的显示套头的位置和形态; 诊断明确后可加大灌肠压力, 一般不应超过 16kPa, 实践证明灌肠空气压力控制在 7-16kPa 之间可使绝大部分小儿急性肠套叠复位成功。(3) 解痉药和辅以手法按摩的应用: 肠套叠的套头及颈部软组织水肿, 平滑肌痉挛, 应用 654-2 能明显缓解痉挛, 提高整复成功率, 在整复过程中辅以手法按摩, 可以牵拉套入部产生向外脱套的作用力。

综上所述, 肠套叠空气灌肠整复在小儿急性肠套叠的诊断与治疗中起到了重要的作用, 空气灌肠具有安全、复位快、创伤小等优点, 是治疗小儿急性肠套叠的首选方法。

参 考 文 献

- [1] 钱家新. 婴幼儿急性肠套叠的诊断性空气灌肠治疗. 中华中西医杂志, 2005, 7(6): 14.
- [2] 吴瑞萍, 胡亚美, 江载芳. 实用儿科学. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 1995. 1278.
- [3] 张 彬. 手法按摩辅助空气灌肠在整复难复性肠套叠的临床应用. 泰山医学院学报, 2010, 31(4): 298.
- [4] 蔡自强, 籍万明, 孙贞来. 654-2 在小儿肠套叠整复中的效果评价. 临床儿科杂志, 2003, 7(6): 358.

(收稿日期 2011-12-28)

(上接第 71 页)模糊, 都要高度怀疑合并肺结核。肺门及纵隔淋巴结肿大不能直接说明肺结核的存在。

鉴别诊断: 主要与类风湿尘肺、肺癌等鉴别。类风湿尘肺患者均有明确的类风湿病史, 且患者一般通过短期的抗风湿治疗会有良好的效果, 而肺结核短期治疗效果欠佳。尘肺团块癌变而出现的空洞多位于团块中间, 而肺结核的空洞多位于尘肺团块外, CT 增强扫描对其鉴别有重大帮助。对于肺结核, 最有价值的检查是痰涂片找抗酸杆菌

检查。另外, 临床表现、PPD、血常规、血沉等都能帮助鉴别。

(注: 此文中尘肺均为煤工尘肺。)

参 考 文 献

- [1] 蔡祖龙, 高元桂. 胸部 CT 与 MRI 诊断学. 第 1 版. 北京: 人民军医出版社. 2008. 215.
- [2] 赵姗姗, 鲁顺清. 我国职业卫生现状研究. 工业安全与环保, 2008, 34(12): 40.

(收稿日期 2011-11-28)