

小儿嵌顿性腹股沟疝手法复位的影响因素研究

黄永, 张冬

(江苏省泗洪儿童医院, 江苏 泗洪 223900 E-mail: hy7973@163.com)

摘要: **目的** 探讨影响小儿嵌顿性腹股沟疝手法复位成功率的影响因素。 **方法** 分析 1 109 例嵌顿性腹股沟疝患儿临床资料, 外科干预手段及结局。 **结果** 符合手法复位适应证的 1 058 例嵌顿性腹股沟疝患儿均采用以适度镇静为核心的手法复位方法, 成功 1 009 例(成功率 95.37%), 发生复位后并发症 36 例, 复位失败后手术 49 例; 发生术后并发症 7 例; 51 例不符合手法复位适应证的患儿, 均在手法复位失败后手术治疗, 发生术后并发症 19 例。 **结论** 小儿嵌顿性腹股沟疝如符合适应证应首选手法复位, 而以适度镇静或麻醉为核心的手法复位可以提高手法复位的成功率, 嵌顿时间不宜作为手法复位的绝对禁忌证。

关键词: 嵌顿; 疝; 腹股沟; 嵌顿时间; 镇静; 手法复位

中图分类号: R656.21 **文献标识码:** A **文章编号:** 1001-5817(2014)05-0756-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.05.041

小儿嵌顿性腹股沟疝是小儿外科常见急腹症之一, 嵌顿物大多为小肠, 少部分为回盲部^[1], 如不及时处理, 可引起肠缺血、坏死及穿孔, 严重威胁患儿生命安全。我院 2003 年 8 月~2013 年 8 月, 共采用适度镇静或复合麻醉为核心的手法复位治疗 1 058 例, 复位成功 1 009 例, 效果满意。现将资料总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 1 109 例嵌顿性腹股沟疝的患儿, 男 1 050 例, 女 59 例, 年龄(1.1±0.3)岁, 其中<1 个月 3 例, 1~3 个月 51 例, 3 个月~1 岁 669 例, 1~3 岁 372 例, >3 岁 14 例, 其中嵌顿时间<6 h 817 例, 6~12 h 191 例, 12~24 h 55 例, >24 h 46 例。

1.2 手法复位适应证 ①全身情况好、尿量正常, 无发热, 毛细血管再充盈时间<3 s、血 CRP 正常。②腹软、无腹胀, 无压痛、无肌紧张, 无血便等情况。③阴囊包块皮肤色泽正常, 触痛轻, 疝块局部张力小, 局部皮肤无红肿及皮温升高者^[2]。④超声检查无肠壁增厚、肠道血流正常^[3-4]。

1.3 手法复位的禁忌证 ①呕吐频繁伴有脱水、发热中毒症状者。②有腹膜炎体征或有便血者。③反复多次复位失败者。④阴囊包块皮肤红肿、温度升高, 触痛明显。⑤超声检查提示肠道血流异常, 肠壁增厚; 血 CRP 升高; 毛细血管再充盈时间>3 s。

1.4 手法复位的方法 ①常规予以 5% 水合氯醛 1ml/kg 灌肠, 或咪唑安定 1~3 μg/(kg·min) 维持静滴直至患儿进入深睡眠后开始复位; 复位时术者立于患儿右侧, 左手固定外环口疝囊并按摩以减轻外环口水肿, 右手四指分开并握住包块底部沿腹股沟管方向持续均匀用力挤压复位, 吸气时维持, 呼气时加压, 反复多次进行, 直至疝内容物全部回纳。②如复位未能成功, 属难复性疝, 而予收住院积极术前准备后, 进手术室由麻醉师静脉注射氯胺酮 2 mg/kg, 患儿安静后给予骶管穿刺, 成功后注入 1% 利多卡因 6~8 mg/kg, 平卧于手术台上, 再次尝试手法复位, 不成功者即转手术治疗。③复位时忌用骤然暴力, 以免损伤肠管^[4]; 同时避免直接向下压迫包块, 导致肿块变形, 压力分散, 难以复位。④复位成功后留院观察 24 h, 注意有无腹胀、腹痛及腹膜炎体征, 有无血便等情况。并常规摄腹部立位片, 动态复查腹部超声防止肠穿孔漏诊可能。

1.5 分组方法 1 109 例患儿中符合手法复位适应证的 1 058 例, 其中手法复位后失败行手术治疗 49 例为治疗组, 不符合手法复位适应证而强行手法复位并最终手术治疗的 51 例为对照组。符合手法复位适应证的 1 058 例中嵌顿时间<6 h 为 A 组, 6~12 h 为 B 组, 12~24 h 为 C 组, >24 h 为 D 组。

1.6 统计学方法 采用 SPSS 13.0 统计软件分析数据, 计数

资料间两组资料的比较采用 χ^2 检验, 多组资料间采用行×列表资料的 χ^2 检验; 计量资料两组资料间的比较采用 *t* 检验, 多组资料间比较采用方差分析, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗组与对照组术后并发症以及平均住院日的比较 1 058 例符合手法复位适应证的嵌顿性腹股沟疝患儿中手法复位成功 1 009 例(成功率 95.37%), 复位失败后手术 49 例, 发生手术后并发症 7 例(14.29%), 不符合手法复位的适应证而强行手法复位并最终手术治疗的 51 例为对照组发生手术后并发症 19 例(37.26%), 两组患儿术后并发症的发生率, 以及术后平均住院日, 差异有统计学意义($P < 0.01$), 见表 1。

表 1 两组手术后并发症发生率以及平均住院日的比较

组别	<i>n</i>	术后并发症 (<i>n</i> , %)	平均住院日 ($\bar{x} \pm s, d$)
治疗组	49	7(14.30)	2.50±0.50
对照组	51	19(37.30)	3.60±0.60
χ^2 / t		6.853	9.938
<i>P</i>		0.009	<0.001

2.2 不同时间手法复位患儿治疗后结果的比较 符合手法复位适应证的患儿在不同时间进行手法复位, 复位的成功率, 复位后并发症的发生率, 手术后并发症的发生率, 平均住院时间组间差异无统计学意义($P > 0.05$), 见表 2。

表 2 不同时间手法复位的患儿治疗结果的比较

组别	<i>n</i>	复位成功率 (<i>n</i> , %)	复位后并 发症(<i>n</i> , %)	平均住院时 间($\bar{x} \pm s, h$)
A 组	787	748(95.04)	18(2.50)	24±5.1
B 组	176	171(97.16)	7(4.20)	23±9.1
C 组	52	50(96.40)	3(7.30)	24±5.9
D 组	43	40(93.50)	2(6.50)	24±8.1
χ^2 / F		1.70	6.13	1.45
<i>P</i>		>0.05	>0.05	>0.05

3 讨论

小儿嵌顿性腹股沟疝是小儿外科常见急腹症, 嵌顿物最常见为小肠, 如不及时处理, 可引起肠坏死、肠穿孔等严重的后果^[5], 必须急诊手术。但急诊手术存在麻醉风险加高、手术创

伤大,住院时间长、术后复发率及睾丸萎缩发生率均较择期手术高^[6]。因此,对于大部分嵌顿性腹股沟疝患儿,行手法复位后择期手术是最佳选择。

以往观点均认为嵌顿时间长短是能否手法复位的决定因素,但有部分患儿虽嵌顿时间 >12 h,往往麻醉后包块常自行回纳,而不得不暂停手术;表明复合麻醉下腹肌松弛,内环口紧张度下降对复位的成功率亦有重要影响。我们通过对近 10 年 1 100 余例小儿嵌顿性腹股沟疝手法复位的临床研究认为,嵌顿性腹股沟疝是否可行手法复位与嵌顿的时间以及疝环的松紧密切相关,而通过高频超声检查对嵌顿肠道或其它组织血流改变以及水肿具有较高的敏感性^[7],来判断内环口松紧度。对于符合手法复位适应证而通过高频超声检查内环口紧张度不明显的患儿,通过常规予以 5%水合氯醛 1 ml/kg 灌肠,或咪唑安定 1~3 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 维持静滴直至患儿进入深睡眠后开始复位较易成功;对于符合手法复位适应证,但通过高频超声检查内环口明显紧缩,估计难以复位成功的患儿或通过常规予以 5%水合氯醛 1 ml/kg 灌肠,或咪唑安定 1~3 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 维持静滴,直至患儿进入深睡眠复位未成功者,可予收住院积极术前准备,在静脉麻醉辅以骶管阻滞麻醉下^[8],可产生良好的镇痛,有效抑制肠管嵌压引起的伤害性刺激,同时也是最重要的就是产生腹肌肌松作用同时伴内环口紧张度下降,部分包块可自行回纳消失,不能自行回纳的试行手法复位绝大部分可复位成功,复位失败则立即转手术治疗。

通过本文分析总结,对于小儿嵌顿性腹股沟疝,手法复位的影响因素中,嵌顿时间仍是首要因素,本文中虽然有 101 例 >12 h,复位成功 96 例,是因为在排除时间条件外同时符合手法复位适应证剩余条件的,方才给予手法复位;而不是为了手法复位而无原则的复位。另一重要影响因素就是内环口的松紧度,经彩色多普勒超声检查可判断疝内容物血供有无异常;如彩色多普勒超声检查疝内容物血供无异常,即使嵌顿时间 $>$

12 h,仍可试行手法复位;反之,则应放弃手法复位。而对于女孩,如经彩色多普勒超声检查证实疝内容物为卵巢或输卵管者,则尽可能放弃手法复位改行手术治疗;新生儿嵌顿疝,更应持谨慎态度而适当放宽手术指征。所以在严格掌握适应证的前提下,辅以适度镇静或复合麻醉的手法复位方法,它是一种安全、有效、简捷的治疗手段,为减少并避免手术并发症,减少医疗风险提供了一条捷径,值得在基层医院推广^[9]。

参考文献:

- [1] 韦勇杰,归奕飞. 小儿左腹股沟斜疝回盲部嵌顿 22 例诊治体会[J]. 右江民族医学院学报, 2006, 28(6): 1006-1007.
 - [2] 黄启荣,吴本华. 手法复位治疗小儿嵌顿性腹股沟斜疝[J]. 实用临床医学, 2009, 10(9): 78-79, 84.
 - [3] 刘清华,李彬. 高频超声对儿童过敏性紫癜肠道损害的诊断价值[J]. 医学理论与实践, 2013, 26(2): 220-221.
 - [4] 闵松林,李承宁,蔡娟,等. 300 例婴幼儿腹股沟嵌顿疝手法复位体会[J]. 中国当代医药, 2012, 19(31): 23-24.
 - [5] 艾力合达尔·乌拉孜汗,赵雪峰. 小儿嵌顿性腹股沟斜疝的诊断与治疗[J]. 临床医学, 2011, 31(6): 67.
 - [6] 廖文棠,周迪刚,胡栋,等. 28 例新生儿腹股沟嵌顿疝受压睾丸的处理体会[J]. 中华医学杂志, 2008, 32(4): 276.
 - [7] 吴斌,殷艳. 高频彩色多普勒超声对于嵌顿性腹外疝的诊断体会[J]. 南通大学学报: 医学版, 2013, 33(4): 329-331.
 - [8] 张冬,黄永. 复合麻醉下空气灌肠治疗难复型肠套叠[J]. 临床小儿外科杂志, 2012, 11(5): 393-394.
 - [9] 陆锦滢. 小儿腹股沟斜疝嵌顿手法复位 163 例临床分析[J]. 右江民族医学院学报, 2013, 35(6): 814-815.
- 收稿日期: 2014-06-12; 修回日期: 2014-09-18

开喉剑喷雾剂(儿童型)治疗手足口病的疗效观察

覃干

(广西那坡县人民医院儿科, 广西 那坡 533900 E-mail: 2114055960@qq.com)

摘要: **目的** 观察开喉剑喷雾剂(儿童型)治疗手足口病的临床疗效。**方法** 观察 300 例手足口病患儿,随机分为治疗组(160 例)和对照组(140 例)。在全身抗病毒等治疗的同时,治疗组选用开喉剑喷雾剂(儿童型)喷至口腔、手足皮肤患处;对照组用西瓜霜喷剂等。**结果** 治疗组患儿口腔溃疡愈合、手足口皮疹消退及食欲改善时间比对照组明显缩短,两组对比差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 开喉剑喷雾剂(儿童型)治疗手足口病口腔溃疡愈合及皮疹消退效果显著,辅助治疗手足口病安全有效。

关键词: 开喉剑(儿童型);手足口病;肠道病毒

中图分类号: R725.1

文献标识码: A

文章编号: 1001-5817(2014)05-0757-02

doi: 10.3969/j.issn.1001-5817.2014.05.042

手足口病是由肠道病毒[以柯萨奇 A 组 16 型(CoxA16)、肠道病毒 71 型(EV71)多见]引起的急性传染病,多发生于学龄前儿童,尤以 3 岁以下年龄组发病率高^[1]。病人和隐性感染者均为传染源,主要通过消化道、呼吸道和密切接触等途径传播。主要症状表现为手、足、口腔等部位的斑丘疹、疱疹。少数病例可出现脑膜炎、脑炎、脑脊髓炎、肺水肿、循环障碍等,多由 EV71 感染引起,致死原因主要为脑干脑炎及神经源性肺水肿^[2]。因口腔出疹导致口腔疼痛拒食,目前无特效药治疗。我

科在常规利巴韦林、热毒宁抗病毒同时予开喉剑外用,在加速口腔溃疡愈合、疱疹消退、改善食欲、皮疹消退等方面取得了满意疗效。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2014 年 4 月~6 月确诊为典型手足口病(临床诊断)患儿 300 例。全病例随机分为两组,治疗组 160 例,对照组 140 例。治疗组中男 88 例,女 72 例,平均年龄(2.6 \pm 0.8)岁;对照组中男 80 例,女 60 例,平均年龄(2.9 \pm