维普资讯 http://www.cqvip.com

(2)虽有机械性因素,但多为小肠无菌性炎症致广泛粘连而引起;(3)肠梗阻症状、体征十分典型,腹胀症状大于腹痛,很少发生肠绞窄;(4)腹部往往有固定具压痛的肿块,这主要取决于手术和肠管受累情况;(5)腹部平片尚无机械性、完全性肠梗阻那样典型。

本病诊断并不困难,根据临床症状、体征,结合腹部 X 线透视、摄片发现多个液气平面,并有肠腔内积液的现象,腹部 CT 扫描可见肠壁增厚、肠襻成团、肠腔内无显影剂等,基本可诊断。

3.治疗

对于术后早期炎性肠梗阻的治疗,基本倾向于先试行保守治疗[4]。因为这些病人大多是腹腔内广泛炎症导致的炎性肠梗阻,较少发生绞窄,而且即使手术也常因腹膜的广泛粘连而无法分离,甚至引起肠瘘、重症感染、短肠等严重并发症。保守治疗一般缓解时间,国内报告 12 ~ 19.2d[2],Pickleman[3] 报告缓解时间为 1 ~ 17d,并认为保守治疗时限为 2 周,过期则手术治疗。

保守治疗方法:(1)持续胃肠减压,胃管内可试行注入液体石蜡、生豆油;(2)肠外营养,维持水电解质和酸碱平衡;(3)应用肾上腺皮质激素:地塞米松静脉滴注;(4)给予生长抑素,早期应用可以减轻肠道负担、缩短病程;(5)应用广谱抗生素及甲硝唑;(6)静滴普鲁卡因;(7)积极保守治疗的同时,要密切观察有无肠坏死征象。若出现体温生高,腹痛、腹胀进行性加剧,腹膜刺激症征象,白细胞计数或分类升高,则及时转手术治疗。

参 考 文 献

1. Stewart RM, Page CP, Brender J, et al. The incidence and risk of early postoperative small bowel obstruction. Am J Surg, 1987, 154(6):643.

2. 黎介寿. 认识术后早期炎症性肠梗阻的特性. 中国实用外科杂志, 1998, 18(7):387.

3 Pickleman J, Lee RM. The management of patients with suspected early postoperative small obstruction. Am Surg, 1989, 210:216 - 219.

4. Velasco JM, Vavlina VL, Bonoms SR, et al. Postoperative small bowel obstruction. Rethinking its management. Surg Endosc, 1989, 12(8):1043.

(收稿日期:2001-10-08)

·个案与短篇·

双侧桡骨头先天性脱位一例

王雪梅* 周宝才* 刘盛民**

一、临床资料

病例,患者,男,15 岁。自幼发现双侧关节活动轻度受限,因经济原因未行诊治。随年龄增长,双侧肘关节外侧渐隆起,活动障碍加重,穿衣、用餐时十分不便,尤其用餐时需抬臂、抬肩且头颈前伸。追问家族史,否认其父母近亲结婚及家族有类似疾病者。查体:身体矮小,营养中等,智力正常。颈软,心、肺、腹检查无异常发现。四肢关节(除双肘外)活动均正常。生理反射存在,病理反射未引出。骨科检查:双侧肘关节外侧隆起,双前臂各肌肌力正常,双侧肘关节活动范围,屈:左 90°,右 100°,伸:左 - 15°,右 - 20°,旋前:左 10°,右 10°,旋后:左 5°,右 10°。X 线片示:双侧桡骨头向外侧脱位,至肘关节平面近端约 3cm,肱骨小头消失,尺骨近端粗大,与肱骨下端完全形成关节,尺骨向侧方弯曲。于 1998 年 6 月 1 日在臂丛麻醉下切除双侧桡骨头和颈的一部分。术后功能改善明显,日常生活无明显不便。随访 3 年,双肘关节功能基本正常,无疼痛及其它并发症。

二、结果与讨论

先天性桡骨头脱位是一种罕见的先天畸形,一般有家族史。出生时不易发现,待孩子长大后症状方逐渐明显。主要症状是肘关节强直,肘关节伸直或屈曲受限,前臂旋转活动受限。无天性脱位的桡骨头往往不能用手法或手术整复,因为软组织已有适应性变化,桡骨与肱骨之间已失去正常的关节面。当然,切开整复和环状韧带重建对儿童来说也是不适宜的,理疗是改善功能的唯一治疗方法。对桡骨头切除一定要待生长完成才能实施,但也不能太晚,否则,局部软组织挛缩加重。桡骨近端骨骺闭合时间为 18 ~ 20 岁,该例病人已达 15 岁,术后功能恢复良好。因此,本文认为该手术的最佳年龄为 15 ~ 17 岁。

(收稿日期:2001-12-19)

* 作者单位:157011 黑龙江省牡丹江市解放军 209 医院
** 黑龙江省饶河县 65919 部队医院