维普资讯 http://www.cqvip.com

20mg 静注，插管顺利，接"T"管麻醉供 O_2，并控制呼吸，美国产 508 多功能监护仪对呼吸循环系统进行无创监测。颈内 V 穿刺置管，CVP 测定。

麻醉维持，芬太尼 50 微克，潘可罗宁 0.8mg 静注，1%奴夫卡因，0.1%司可林溶液（即 10%葡萄糖溶液，2%奴夫卡因溶液各半，为等渗溶液）。根据麻醉需要随时调整滴速，可获得平稳满意的麻醉效果。术中参照 CVP 及失血量，作好输血、输液。为避免因气管插管引起的并发症，应做到选择气管导管规格力求合适，尽量不作气管导管套囊充气，以防气管粘膜受压坏死或水肿，并适量静注地塞米松以预防之。

手术历时 3 小时顺利结束，术中输全血 150ml，补液 500ml，血压、脉搏平稳，术中曾两次查血气，各项指标均接近正常。整个手术过程中，患儿基本上能保持微弱的自主呼吸，呼吸管理，以辅助呼吸为重。术毕，患儿已有指令反应，唤之能睁眼，即停止吸 O_2，观察 5 分钟，SPO_2 为 96%，胸腔引流连接完好，进行膨肺，清洁口腔及气道，观察 10 分钟，循环、呼吸系统稳定，SPO_2 95%，拔气管导管，确认安全，护送至病房，持续小流量吸 O_2 并观察。

患儿术后恢复良好，22 天后全愈出院。

体会　病儿年龄为 3 岁，但体重尚不及 1 岁小儿体重，故术中麻醉管理，输血、输液、用药剂量不能以 3 岁病人对待，但亦不能以 1 岁病人对待，毕竟一位 3 岁病儿，尽管体重近似 1 岁病儿，但其对药物的耐受能力要略高于 1 岁病儿。为麻醉安全及便于管理，除静脉一次给药外，麻醉复合液静滴，根据麻醉需要，随时调整滴速，以使麻醉安全，平稳，亦能满足手术要求，此方法为较理想的一种麻醉方法。患儿术前水、电解质平衡失调，术中除适量输血外，晶体液以平衡液为主，少量输入等渗葡萄糖液，以预防低血糖，CVP 测定对术中输血、输液管理有一定参考价值，有条件的单位应尽量作到。气管内麻醉，为避免通气不足或通气适度，术中血气检查和 SPO_2 测定亦很重要。为避免喉头水肿，气管导管规格选择合适，不作导管套囊充气，以免气管粘膜受压水肿，术中地塞米松静注，亦是预防喉头水肿较为理想的方法。从而使手术的成功和患儿手术后的恢复创造一个良好的条件。

（收稿：1997—11—24）

61-62 心意 肛门周围感染 对外手术 治疗 32

小儿肛门周围感染手术治疗的体会
（附 52 例报告）

R726.571

刘东业* 杨铁成**

临床小儿肛门周围感染较常见，如治疗不当易发生脓肿甚至肛瘘，必须引起注意和重视。自 1985 年至 1997 年 10 月我们共治疗 52 例，通过病例分析和文献复习，将诊治体会进行报告。

临床资料

1、一般资料　本组男性 38 例，女性 14 例，其中新生儿组 41 例（占 78.8%），婴幼儿组 8 例（占 15.4%），儿童组 3 例（占 5.8%）。

2. 症状和体征见附表。

3. 主要的病菌检查　对其中 19 例做脓液细菌检查，发现 11 例为金黄色葡萄球菌生长，3 例为白色葡萄球菌生长；5 例为大肠埃希氏菌生长。5 例曾做血培养结果是无菌生长，上述致病菌对丁胺卡那霉素、先锋霉素 V 及 VI 敏感度高，对庆大霉素和氟哌酸中度敏感，对氨苄青霉素等耐药。

* 作者单位：114032　辽宁鞍山钢铁公司立山医院外科
** 小儿外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

附表　小儿肛门周围感染的症状和体征

症状体征	T>38℃	wbc>200×10⁹/c	肛周红肿硬结	肛周脓肿形成	并发肛瘘
例数	26	34	28	21	3
占%	50	65.4	53.8	40.4	5.8

4. 治疗转归　本组病例未发生脓肿者采用全身抗炎用药，局部湿敷和超短波治疗好转；对已发生脓肿者采用切开换药照烤以及全身抗炎和营养支持治愈；对并发肛瘘的3例年长小儿采用挂线方法治愈。本组病例无病残和死亡发生。

讨论和体会

1. 关于小儿肛门周围感染发生的病因和途径　作者体会有以下几点：(1)与小儿自身特异性和非特异性免疫功能发育不成熟，皮肤和粘膜十分娇嫩有关，特别是肛门周围的轻度擦伤往往是细菌入侵的门户。(2)新生儿期由于网状内皮系统清除能力低下，加之血液中抗体不足，白细胞趋化和吞噬能力差，细菌一旦入侵皮下，便生长繁殖引起感染。本组病例新生儿占78.9%也说明了这一点。(3)小儿肛门周围感染是外源性。从本组资料看，5例病重小儿血培养无菌生长，而19例脓液培养主要致病菌是金黄色葡萄球菌，可见小儿肛周感染并非由菌血症或败血症所致，而是一种外源性感染。佐佐木志朗研究结果表明：新生儿的直肠肛门粘膜局部结构发育不成熟，而且肛窦具有向上直肠腔开放的袋状解剖特点，故增加了易感性。所以，当肛腺分泌物和粪便积存于肛窦内，某些原因引起肛门上皮碎屑和上皮细胞损伤时便可引起感染。再者，炎性渗出液又可随肛窦底部腺管直接蔓延或经淋巴扩散到肛门周围组织中，最后发生脓肿。

2. 对小儿肛门周围感染的治疗　本文认为小儿肛周感染应早期诊断、积极治疗。具体方法包括全身营养支持、抗炎和对病变的局部处理。全身营养支持主要是间断输血浆和保证足够的热量以提高小儿的自身抵抗力；抗菌素应选择广谱杀菌型药物，如头孢菌素类。由于氨基糖类抗菌素对小儿听神经和肾脏损害较大，故主张不用为宜。对病变处红肿未形成脓肿者应用呋喃西林湿敷配用短波治疗。对已形成脓肿者应迅速切开，切口处与肛门方向呈放射状并达到病变边缘，出血多时先用凡士林油纱布填塞，12小时后取出放置引流条及照烤，一般5—7天便能治愈。本组有3例年长小儿由于延误治疗而并发肛瘘，后经挂线治愈。

3. 小儿肛门周围感染是可以预防的。要求新生儿期预防肠炎和尿布疹，乳幼儿期注意肛周的卫生清洁，勿用纤维合成质硬的内裤，尽量防止小儿肛周皮肤损伤，这些都能预防小儿肛门周围感染。

参考文献

1. 兄惠诗主编. 软组织感染小儿外科学. 北京：人民卫生出版社，1980，62.
2. 张应权. 小儿肛周脓肿的治疗. 中华小儿外科杂志，1991，12(6)：273.

(收稿：1997—11—26)