维普资讯 http://www.cqvip.com

424-425 儿童 肛直肠疾病 测压 34

文章编号：0253-3626(2000)04-0424-02

小儿常见肛直肠疾病的测压检查（附55例分析）

蒲从伦，谈必龙，李晓庆，许嘉陵
（重庆医科大学儿童医院外科　重庆　400014）

R726.571

中国图书分类法分类号：R726 571　　文献标识码：B　　收稿日期：1999-07-01

排便异常是小儿肛直肠疾病十分常见的症状，便秘、大便失禁临床上十分常见。污粪是直肠肛管术后的主要远期后遗症。为了对便秘原因的诊断提供有效的辅助手段，探讨肛门控制能力的客观评价，我院对1998年3月～1999年3月55例临床反复便秘、失禁以及接受过直肠肛管手术的患儿进行了测压。观察肛门的控制能力和直肠在失禁状态下的功能状态，现报告如下：

1　材料与方法

1.1　检测对象

本组共55例，其中男43例，女12例。年龄5月～10岁。55例中，反复便秘41例，大便失禁7例，先天性巨结肠术后3例，先天性肛门闭锁术后4例。

1.2　检测方法及观察指标

检测前排便，不合作者给10%水合氯醛（0.5ml～0.7ml/kg）口服或鲁米钠（3～5mg/kg）肌注。仪器采用瑞典CTD - synectics公司高分辨多道胃肠功能测定仪。水灌注肛门直肠测压导管。导管气囊置于直肠上部，灌注式硅胶管的测压孔1、2测压孔位于直肠内，3、4测压孔置于肛管内外括约肌处。从肛门插入带气囊的测压探头，充气量由5ml递增至60～80ml，每次刺激时间约0.5～1s。观察指标有：(1)直肠肛管松弛反射（RAIR）；(2)直肠肛管的静息压。

2　结　果

便秘患儿共41例，其中无肛直肠反射33例，肛直肠反射存在8例。大便失禁7例中无肛直肠反射5例，肛直肠反射正常2例。先天性巨结肠术后3例，肛门成形术后4例无肛直肠反射。肛管直肠静息压、直肠肛管松弛反射（RAIR）见表1。

表1　便秘、失禁肛直肠手术后测压结果

组别	例数	静息压（kPa）		松驰反射	
		肛管	直肠	存在	未出现
便秘	41	3.27±0.48	1.23±0.35	8	33
肛肠术后	7	1.21±0.49	1.01±0.25	0	7
大便失禁	7	1.32±0.51	0.92±0.32	2	5

正常对照数值根据齐氏测定结果[1]

3　讨　论

小儿常见肛直肠疾病其主要症状常为便秘、大便失禁。先天性肛门直肠畸形、手术治疗常见的并发症为大便失禁。这是一个长期的主要功能障碍问题，对小儿肛门、直肠功能的客观检查，人们采用了多种方法和手段行检测肛门的排便及自控的能力[2]。常用为气囊测压法、耻骨直肠肌和外括约肌的肌电图测定，肛门直肠放射学检查等。1967年Lawson, Nixon等人相继报告应用肛管直肠测压于小儿肛门直肠疾病，特别是诊断先天性巨结肠症方面是一种新的诊断方法。还可作为评价肛门直肠术后疗效[3]、术前病变预估、鉴定是真性失禁还是假性失禁，以及有关肛直肠疾病的病理生理变化的必不可少的工具。肛管测压向量分析，为指导治疗以及疗效评价提供了立体、动态、准确、可靠的临床指标[4]。本组41例便秘患儿中，33例无肛直肠反射，诊断为先天性巨结肠，28例病理证实为先天性巨结肠，5例未手术患儿行钡灌肠有先天性巨结肠典型形态学改变。8例肛直肠反射存在的便秘患儿中，一例钡灌肠提示为结肠瘫长，其余经临床观察，药物治疗后便秘明显改善。便秘原因除先天性巨结肠外，小儿常见的原因有：药物、代谢和内分泌疾病、神经源性疾病、直肠膨出、直肠狭窄、继发于精神疾病、行为障碍等。

完好的肠道控制与肛门节制必须具备四个基本要求，即起码为“半固体状”大便（非液状），能扩张的直肠贮存器，直肠敏感性和完好的盆底神经与肌肉。排便机制主要与外括约肌及耻骨直肠肌相关，二者构成统一体，称为三环系统（Triple-Loop System），即由尖顶环、中间环及基底环组成。尖顶环为外括约肌深部与耻骨直肠肌融合而

作者介绍：蒲从伦（1965-　），男，主治医师，硕士生

维普资讯 http://www.cqvip.com

成，环绕直肠颈上部的后区，止于耻骨联合；中间环为外括约肌中部纤维构成，绕过直肠颈下部的前区，止于尾骨尖；基底环则为外括约肌皮下纤维构成，绕过固有肛管后面，止于中线的肛周皮肤。本组肛直肠手术后 7例无肛门直肠松弛反射，静息压明显降低（平均低于正常值1/2）。临床表现有大便失禁、与肛门内外括约肌的发育不良或受损有关。未经手术的患者大便失禁7例，2例有肛直肠反射，经 X线摄片其中1例为隐性脊柱裂，另一例为大便嵌塞。5例大便失禁肛直肠反射消失，静息压降低，与肛门直肠敏感性降低、神经肌肉功能缺乏有关。经测压分析可以区分是真性失禁或假性失禁，客观地评定大便失禁的程度，有助于分析失禁的原因，指导临床治疗。且操作简便，无损伤。

参 考 文 献

[1] 齐宝权，童尔昌，马春秋，等. 正常儿直肠肛管的测压检查[J]. 中华小儿外科杂志，1989;10(3):153.

[2] Joerg TM..Wexner SD. Anorectal manometry. Techniques and clinical applications[J]. South Med . 1993;86:924.

[3] Rintala RJ, Lindahl HG. Pasterio Sagittal anorectoplasty is superior to sacroperineal-sacroabdominoperineal pull-throufh: a long-term follow-up study in boys with high anorectal anomalies[J]. Pediatr Surg 1999 Fed;34(2):334-7.

[4] 陈其民. 小儿肛门直肠压立体向量容积测量及临床意义[J]. 中华小儿外科杂志，1997:18(2):82.

文章编号：0253-3626(2000)04-0425-01

肺挫伤致呼吸窘迫综合征24例治疗报告

张力平，陈国才，汪无虎 （重庆医科大学第二临床学院胸外科 重庆 400010）

中国图书分类法分类号：R642；R655.1 **文献标识码**：B **收稿日期**：1999-09-23

严重胸部创伤，病情凶险，危及生命。其中致肺挫伤，可致急性呼吸窘迫综合征（ARDS）而增加死亡率。本文报道1994年1月至1998年1月收胸部创伤肺挫伤致ARDS病人24例，现报告如下：

1 临床资料

本组 24例肺挫伤致急性呼吸窘迫综合症（ARDS）中，男18例，女6例。年龄18～45岁。致伤原因：高处坠地14例，挤压伤6例，胸部物击伤4例。单侧肺挫伤9例，双侧肺挫伤15例。

全组病人伤后均有进行性呼吸困难，不同程度休克，代谢性酸中毒。16例有连枷胸。伤侧呼吸音均减弱，可闻湿啰音。X线检查示伤侧肺野呈均呈大片絮状阴影。血气分析PO_2平均低于7.98kPa。合并血气胸14例，锁骨骨折8例，肱骨骨折2例。

2 治疗与结果

全组24例胸部创伤肺挫伤致ARDS，经对胸部创伤、肋骨骨折、血气胸治疗同时，予呼吸机间歇正压辅助呼吸（16例气管切开），控制液体入量。均抢救成功。

3 讨 论

胸部闭合性创伤易造成严重肺挫伤，部分病例病理表现为肺泡破裂，出血及膨胀不全，同时可存在肺间质渗出、水肿。因此使肺功能残气量减少，损害氧合作用。这类病人易诱发ARDS[1,2]。此出现后要迅速查明原因。病人发绀明显，严重呼吸困难，及时作气管切开。本组16例作气管切开，以利吸痰和给氧。迅速纠正休克及低心输出量。早期限制输液量，尤其晶体液应慎用。输全血或血浆以纠正血容量不足。晶体液过多会加重ARDS或肺水肿的发生，可给予速尿，强心剂，降低心脏前后负荷。及时纠正酸碱度平衡。作血气分析PaO_2低于7.9kPa，或$AaDO_2$（肺泡动脉氧分压差）进行性增高大于4.4-5kPa，提示发生ARDS。连续动态分析PaO_2比单纯看$PaDO_2$更具有诊断价值。

严重肺挫伤，低氧血症（PaO_2低于7.8kPa）应使用间歇正压通气综合治疗[3]。此时若压力过高使肺再度破裂，或加重气胸。因此在综合治疗同进采用间歇正压呼吸，即在胸腔闭式引流同时尽可能增加肺通气、换气量。待缺氧纠正后应早停用，以免发生呼吸机并发症。如大量漏气或纵隔气肿及广泛颈部、胸部等广泛皮下气肿、应考虑作有大的肺裂伤或气管支气管的断裂，应及时剖胸探查，禁用间歇正压呼吸。

参 考 文 献

[1] Parham Am, Yarbough DR, 3d, Redding J S. Flail chest Syndrome and pulmonary contusion [J]. Arch Surg, 1978; 113.900-901.

[2] 耿德森，关吉尧，李春茂，等. 创伤性浮动胸壁16例治疗报告[J]. 中华胸心血管外科杂志，1993.9(3):245-246.

[3] Shackford S R Flail Chest[J] J Thorac Cardiovasc Surg, 1981;82: 463-464.