发生的多危因素,对不同人群进行干预试验,能寻求可行的预防措施和方法,把创伤的预防与控制作为一项政府工程,加大人群对创伤危害的认识、深入宣传交通规则、改善交通状况、加强文化教育和劳动保护,均对创伤的预防与控制有重要意义。

参考文献:

[1] 殷大奎.伤害一个重要的公共卫生问题[J].疾病控制杂志,2000,4(1):1-3.
[2] 王小燕.可持续发展与医疗卫生工作的新思维[J].中国卫生事业管理,1999,15(4):172-174.
[3] 任 涛,李立明.全球疾病负担的现状、趋势及其防治对策的选择[J].中国慢性病预防与控制,1999,7(1):1-3.
[4] 刘 理,徐勇勇.住院创伤病人的顺位与统计分析[J].解放军医学杂志,2001,26(5):153.
[5] Mandavia D, Newton K. Geriatric trauma [J]. Emerg Med Clin North Am, 1998, 16(1): 257-274.
[6] 王正国.交通事故伤研究近况[J].中华创伤杂志,1996,12(3):141.

(编辑 冷怀明)

文章编号:1000-5404(2002)08-0991-01

个案与短篇

1例胸腹联体儿分离术围手术期的营养支持

Nutritional support in perioperative period in a case of seperation of thoracoventropagus

李明秀,赵聪敏,奚 敏,姜学英 (第三军医大学附属新桥医院营养科,重庆 400037)

男性,胸腹联体儿,系第二胎第二产。32+周剖宫产,出生体重5.7 kg,生后无窒息及产伤。吃奶可,反应可,母孕期健康。生后45 d入我院。入院时,联甲身长55 cm,联乙身长54.5 cm,两婴体重6.2 kg伴肺部感染。两婴面对,胸骨中、下段及腹部相联形成体桥,周长38 cm,共有脐窝。

心脏彩超示:联体儿心脏为独立器官(共享一心包),共用肝脏。联甲:动脉导管未闭。联乙:右室增大,房间隔缺损;胸腹部螺旋CT平扫加增强提示:①联体儿胸腹相连,上缘起自支气管平面,下至髂嵴水平;②双侧心脏及肝脏相连,其中联乙心脏部分突向联甲胸腔。实验室检查:联甲Hb 104 g/L,TP 65 g/L,联乙Hb 117 g/L,TP 62 g/L。两婴儿碱性磷酸酶,(-谷酰转肽酶,肌酸激酶同工酶均高于正常。

入院后在抗感染对症处理同时,给予力多精喂养。每天热能约90 kcal/kg,蛋白质2.2 g/kg,热氮比251(kcal):1(g)。同时给予小儿善存片1/2片1/d,多次给予输血浆等支持治疗。至手术前,联体儿两婴体重增加至9.35 kg,联甲身长55 cm,头围40 cm,上臂围(MAC)12 cm,左上臂皮褶厚度(TSF)9 mm。联乙身长54.5 cm,头围40 cm,MAC11 cm,TSF8.5 mm。生后96 d进行了联体儿分离手术。术后3 d内禁食,未给予营养支持。3 d后给予静脉营养为主,输注的液体有5%~10%葡萄糖,20%脂肪乳,凡命,能量合剂,另外还有清蛋白、血浆、丙种球蛋白、全血交替使用。术后第4天开始给予少量初乳,每次2~3 ml,7次/d,第5天增加至每次10~15 ml,7次/d。以后每次逐渐增加奶量,10 d后改喂配方奶。术后1周时,联甲联乙热卡86 kcal/kg·d,蛋白质4 g/kg·d。3周时,热卡增加至80~100 kcal/kg·d。术后一月停用静脉补液,全部以肠道供给营养。热卡120 kcal/kg·d,蛋白质4.5~5 g/kg·d。术后联甲及联乙心肌酶谱及肝功能均出现异常。术后3 d,联甲肺部出现感染,术后6 d出现消化道出血,血色素由114 g/L降至70 g/L。术后12 d胸片示心影扩大,心包积液,心包穿刺抽出70 ml血性液体。联乙术后3 d出现泌尿道感染,中段尿培养为白色念珠菌,经抗感染,全身支持对症处理等,两患儿恢复顺利。出院时,联甲5.05 kg,身长59.5 cm,头围41 cm,囟门2.5 cm×2.5 cm,MAC11 cm,TSF8 mm。联乙5.06 kg,身长57 cm,头围40 cm,囟门2 cm×2 cm,MAC11 cm,TSF8 mm。

讨论

联体儿是一种罕见的先天畸形,发生率为1~5/1×10^5[1,2],因60%左右为死胎,所以实际发生率为活产1/2×10^5[3]。胸腹联体儿约占其中73%,此类联体儿极少存活希望,这种罕见的连体畸形,据检索迄今全世界有2例手术成功的经验报道。国内此例属首例。为了创造手术条件,术前除积极抗感染及对症处理外,给予力多精、多种维生素等喂养。使联体儿体重由6.2 kg增加至9.35 kg。本例联体儿分离术由于手术复杂,损伤大,术后3 d内完全禁食,静脉补液主要以维持心肺功能及水电平衡为主。3 d后以静脉营养为主,肠内营养为辅。为了供给最适合的营养和增加患儿机体免疫力,我们采用了产妇初乳作为联体儿分离术后的饮食。根据患儿食欲,由少到多逐渐增加奶量,且逐渐过渡到配方奶。虽然两患儿经历了较大手术创伤,术后分别出现多种并发症,险象环生,由于处理及时在病程的不同阶段适时地采用了有效的营养支持方式,保证了营养的摄入,两患儿顺利渡过难关,术后40 d康复出院。

关键词:联体儿;围手术期;营养支持
中图法分类号:R459.3 文献标识码:B

参考文献:

[1] Sills E S, Vrbikova J, Biljana K K. Conjoined twins, conception, pregnancy, and delivery: A reproductive history of the pygopagus Blazek sisters (1878-1922)[J]. Am J Obstet Gynecol, 2001, 185(6): 1396-1402.
[2] Quddus A, Anwar-ul-Haq Q, Burki T, *et al*. Separation of Xiphi-omphalo-ischiopagus tetrapus twins with favorable internal anatomy[J]. J Pediatr Surg, 2002, 37(5): E9.
[3] Spitz L. Conjoined twins. Curr Opin Pediatr, 2001, 11(5): 386-389.

(编辑 张大春)

作者简介:李明秀(1950-),女,重庆市合川县人,副主任医师,副教授,主要从事临床营养,药膳食疗方面的研究,发表论文30余篇。电话:(023)68755635

收稿日期:2002-03-05;修回日期:2002-06-26

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net