

除包括小儿肺脏发育不成熟、防御功能差、免疫力低下外,同时,小儿支气管的解剖特点也是发生率升高的重要因素。小儿支气管一般情况下较为狭窄,且纤毛运动差,易被黏液阻塞,若发生炎症,则导致肺泡表面活性物质生成减少,同时炎症细胞及水肿可引起肺泡膜增厚,由此导致换气功能障碍的发生,同时支气管痉挛会引起呼吸道分泌物增加,从而造成呼吸困难加重。目前,临床治疗小儿支气管肺炎主要采用抗感染药物治疗,但是效果并不理想,因此,需要加以止咳、化痰等综合治疗措施^[4]。

3.2 盐酸氨溴索为祛痰药物,其不仅能够稀化痰液,加强柱状上皮细胞纤毛运动,从而利于痰液排出;同时还能够促进肺泡表面活性物质合成和分泌,由此降低表面张力;并且其具有抗氧化作用,还可降低炎症介质释放,减轻肺组织炎症反应,减弱支气管高反应性。有研究^[5]显示,盐酸氨溴索可以促进气道内抗菌药物浓度增加,从而提高抗感染能力,并且提升巨噬细胞吞噬以及杀灭细菌的能力。因此,在临床上盐酸氨溴索广泛用于止咳、祛痰的治疗,尤其是通过雾化吸入的方式可直接进入病灶而快速发挥作用。布地奈德属于新型肾上腺皮质激素,其治疗肺炎的机制:抑制气道上皮黏膜分泌;抑制炎性细胞因子与炎性介质之间的合成和释放;修复气道,抑制

高反应性;抑制气道中黏液糖蛋白释放^[6]。布地奈德通过应用雾化吸入的方式,具有所需剂量小,局部抗炎作用强,能够在肺内较长时间滞留且沉积率高,安全性高的优点。

3.3 本研究结果显示,观察组患儿经治疗后,临床症状消失时间以及住院时间均明显短于对照组,并且临床疗效明显高于对照组,由此可见,小儿支气管肺炎通过雾化吸入布地奈德与盐酸氨溴索进行治疗,能够积极改善患儿临床症状及体征,提高临床疗效。

参考文献

- 1 段捷华,樊小阳,张俊华,等. 神阙贴穴位贴敷辅助治疗小儿支气管肺炎的临床观察[J]. 中国临床新医学,2014,7(8):707-710.
- 2 叶明伟. 布地奈德联合盐酸氨溴索雾化吸入治疗小儿支气管肺炎的疗效研究[J]. 中华医院感染学杂志,2013,23(1):100-102.
- 3 吴华和. 痰热清和维生素 K1 辅助治疗小儿支气管肺炎的疗效观察[J]. 中国临床新医学,2014,7(7):641-643.
- 4 刘有才. 布地奈德联合盐酸氨溴索雾化吸入治疗小儿支气管肺炎的效果观察[J]. 中国当代医药,2015,22(1):89-90.
- 5 余超. 布地奈德联合盐酸氨溴索雾化吸入治疗小儿支气管肺炎的疗效观察[J]. 中国医院用药评价与分析,2016,16(3):336-338.
- 6 庞铭兴,黄真. 布地奈德联合利巴韦林氨溴索雾化吸入治疗毛细支气管炎的疗效观察[J]. 中国临床新医学,2013,6(5):444-447.

[收稿日期 2016-12-25][本文编辑 刘京虹]

手术治疗婴儿食管裂孔疝合并肥厚性幽门梗阻二例

· 病例报告 ·

张 鸿, 曹 辛

作者单位: 650228 云南,昆明市儿童医院心胸外科

作者简介: 张 鸿(1977-),男,大学本科,学士学位,主治医师,研究方向:小儿心胸外科及术后监护。E-mail:465747098@qq.com

[关键词] 食管裂孔疝; 肥厚性幽门梗阻

[中图分类号] R 726.5 [文章编号] 1674-3806(2017)11-1098-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2017.11.24

1 病例介绍

病例1,患儿,女,年龄1个月20天,因出生后反复呕吐、体重不增伴反复发热、咳嗽入院。患儿因呕吐并出现咳嗽、发热等呼吸道感染症状,至当地医院就诊。摄胸片检查发现右侧膈肌上异常消化道含

气影,转诊至我院。入院后胸部CT提示胃腔疝入右侧胸腔,考虑食管裂孔疝旁疝,腹部胃肠B超提示,肥厚性幽门梗阻。入院后经抗感染治疗控制肺炎后拟行手术治疗。

病例2,患儿,男,年龄5个月,因反复呕吐体重

增加缓慢5个月入院。患儿出生5个月来,反复呕吐,进食后即吐,呕吐物不含胆汁,间断出现咖啡渣样呕吐物。生长发育缓慢,出生时2.8 kg,入院时3.5 kg,明显营养不良。入院后胸部CT及上消化道造影提示食管裂孔疝(右侧旁疝)(见图1)并幽门梗阻,腹部B超检查见肥厚性幽门梗阻(见图2)。

2 手术方法

2例患儿入院后均行手术治疗。手术方法:经

腹部手术,修补食管裂孔,胃底折叠抗反流,同时探查幽门部明确存在肥厚性幽门梗阻(表现为幽门部肌层发白、质地硬),行幽门环肌切开,让黏膜膨出(注意保护黏膜层的完整)矫治幽门梗阻。术后呕吐症状消失、进食好、体重增加,术后复查上消化道造影见:食管裂孔疝征象消失、食管无狭窄、无明显胃食管反流,无幽门梗阻(见图3)。



图1 术前胸部CT可见右侧胸腔内疝入胃体组织



图2 术前上消化道造影可见胃体疝入右侧胸腔,腹腔肠气偏少,肠管内造影剂少



图3 术后上消化道造影:膈肌上无消化道影,食管无狭窄、胃出口通畅,腹腔肠气影增多

3 讨论

3.1 临床表现 食管裂孔疝是儿科常见病,是婴儿时期反复呕吐、体重不增的常见原因之一。临床上我们一般将食管裂孔疝分为三型,Ⅰ型滑动型疝,Ⅱ型旁疝,Ⅲ型混合型疝^[1]。Ⅰ型滑动型食管裂孔疝以呕吐为主要症状,多数患儿还伴有反复的呼吸道感染(因呕吐误吸所致)。Ⅱ型旁疝以出血为主,表现为咖啡渣样呕吐物及黑便。Ⅲ型混合型疝则可兼有呕吐及出血的双重表现。先天性肥厚性幽门梗阻病理为幽门肥厚导致的胃出口梗阻,幽门环肌的增生、肥厚。主要表现为生后2~4周后逐渐出现并加重的呕吐,呈喷射性,不含胆汁,呕吐后食欲强烈并伴有不同程度的体重下降,腹部橄榄状包块,上腹部蠕动波为幽门肥厚性梗阻三联征等。

3.2 诊断 凡婴幼儿期出现的反复呕吐、体重不增、甚至有呕吐咖啡渣样物或黑便者均应考虑到本病的可能。检查主要包括胸片、胸部CT、上消化道造影。X线胸部平片对于旁疝及混合型疝的患儿多有阳性表现,即心膈角交界处(心影后)可见囊状含气影和(或)液气平;而对于滑动型疝的患儿则平片可为阴性表现。胸部CT检查可见膈肌上方有含气胃泡影。CT检查不仅可以明确旁疝的诊断,同时可以发

现潜在的一些肺内病变。因巨大的旁疝,胸片表现为一侧胸腔内液气平而易误诊为脓胸或气胸,CT检查可以对脓胸、纵膈肿物等作出鉴别诊断而避免误诊^[2]。上消化道造影(GI)是明确食管裂孔疝的主要检查方法,可以明确食管裂孔疝的分型、有无食管狭窄,并可以动态观察胃食管反流以及胃排空的情况。先天性肥厚性幽门梗阻的检查主要依靠腹部超声,检查方便、快捷、安全、特异性高。目前的超声诊断标准:幽门环肌厚度 ≥ 4 mm,幽门管长度 ≥ 15 mm、幽门直径 ≥ 11 mm、幽门容积 ≥ 12 ml^[3]。

3.3 治疗 食管裂孔旁疝和混合型疝因为有发生疝内容物嵌顿坏死的危险,故一般认为有手术指征者应早期手术治疗。而对于小型的滑动疝,呕吐症状不严重者,可以保守治疗(可采用斜坡卧位、少食多餐、口服多潘立酮等药物),部分患儿能逐渐好转。先天性肥厚性幽门梗阻一般应该行手术治疗。对于未确诊、无外科手术条件或因并发其他疾病不能手术及家长拒绝手术治疗者,可采用内科保守治疗,主要是应用药物解除幽门部肌肉的痉挛,使胃内容物能够通过胃窦部进入十二指肠。常用的药物是静脉应用阿托品0.01 mg/kg、6次/d,至每日奶量达到100 ml/kg,据报道保守治疗的有效率在80%左右^[3]。

本报告两例患儿均行手术治疗,经腹入路,一期手术纠正食管裂孔旁疝及肥厚性幽门梗阻,治疗效果好。这两例患儿的诊治提示我们,临床遇到食管裂孔疝的患儿不要忽略了婴儿期其他可能导致呕吐的病因,食管裂孔疝的患儿手术时应常规探查幽门部情况,避免漏诊幽门梗阻而导致术后依然呕吐。

参考文献

- 1 Sabiston Spencer. 石应康,主译.心胸外科学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,2000:697-711.
- 2 皮名安,江泽熙,杨楚墩.婴幼儿类脓胸疾病的误诊原因分析[J].临床小儿外科杂志,2004,3(5):383-384.
- 3 冯杰雄,郑珊.小儿外科学[M].第2版.北京:人民卫生出版社,2014:98.

[收稿日期 2017-08-10][本文编辑 杨光和]

重度骨质疏松性腰椎滑脱术后感染一例

· 病例报告 ·

陈泳添, 张国威, 林宏生

作者单位: 510630 广州,暨南大学附属第一医院骨科西区

作者简介: 陈泳添(1991-),男,在读研究生,研究方向:脊柱外科疾病的诊治。E-mail:506460901@qq.com

通讯作者: 林宏生(1965-),男,医学博士,主任医师,博士、硕士研究生导师,研究方向:脊柱外科疾病的诊治。E-mail:tlinhsh@jnu.edu.cn

[关键词] 重度腰椎滑脱; 感染

[中图分类号] R 681 [文章编号] 1674-3806(2017)11-1100-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2017.11.25

1 病例介绍

患者,女,65岁,因“反复腰痛3年余,加重伴左下肢麻痛1年”就诊于外院,外院术前腰椎X线片示L5椎体Ⅲ°滑脱伴双侧椎弓峡部裂,腰椎MRI示L5/S1椎管狭窄(图1),骨密度全身T值-5.0。外院予行“L4/5、L5/S1椎板切除、椎管减压、L5/S1椎间盘切除、椎间横突间植骨融合、后路L4-S1骨水泥强化椎弓根钉棒内固定术”,术后腰痛及左下肢症状缓解,术后2周术口拆线时发现术口渗液,术口拭子细菌培养示耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA)感染,根据药物敏感试验结果使用左氧氟沙星抗感染治疗,并先后予术口清创、VSD负压吸引3次后未见明显好转而转至我院。查体:腰部见长约10cm伤口,周围红肿,内有VSD负压吸引海绵填塞,表面可见黄白色渗出液体,四肢肌力、肌张力、感觉、血运大致正常。实验室检查:血白细胞 $5.87 \times 10^9/L$,中性粒细胞比值73.1%,C反应蛋白22.86 mg/L,红细胞沉降率93 mm/h,血白蛋白30.8 g/L,伤口拭子细菌培养示MRSA感染。X线片示L5椎体Ⅲ°滑脱,L4-S1椎弓根钉棒内固定状态,钉道见骨水泥填

充,L4/5钉棒间见横连连接,L5/S1椎间及横突间可见植骨高密度影(图2a)。根据伤口拭子药物敏感试验使用万古霉素抗感染治疗,并予输注白蛋白等营养支持,在插管全麻下行腰椎内固定术后伤口清创、VSD负压吸引、横连取出术(术后X线片见图2b)。术中见椎弓根钉旁脓腔形成,周围组织血运不佳,取出横连、清除脓腔及坏死组织后大量庆大霉素生理盐水冲洗,留置VSD负压吸引。术后卧床休息,继续万古霉素抗感染、伤口持续冲洗及闭式负压吸引、营养支持等治疗,约每隔1周伤口清创、VSD负压吸引1次,伤口由深层至浅层逐渐愈合,实验室检查示C反应蛋白、红细胞沉降率逐渐降至正常。住院约2个月伤口基本愈合后出院。



图1 术前X线片及MRI表现