

# 周围静脉营养治疗婴幼儿难治性腹泻疗效观察

曹其运

(河南省洛阳市汝阳县中医院 洛阳 471200)

**摘要:**目的:探讨提高治疗婴幼儿难治性腹泻的有效方法。方法:42 例难治性腹泻患儿随机分成治疗组和对照组。对照组采用常规治疗;治疗组在常规治疗基础上加以外周静脉营养,比较两组患儿 5 d 有效率及治愈平均天数。结果:经 5 d 后,治疗组有效率达 81.82%,对照组达 45.00%;治疗组平均治愈天数明显短于对照组,两组差异有显著性。治疗组无明显不良反应发生。结论:合理外周静脉营养是治疗婴幼儿难治性腹泻的有效方法,值得临床推广应用。

**关键词:**周围静脉营养;婴幼儿;难治性腹泻

中图分类号:R722.13

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.047

小儿难治性腹泻包括迁延性和慢性腹泻,是一组原因复杂的常见疾病<sup>[1]</sup>,是影响小儿生长发育和健康安全的重要原因之一。缩短小儿难治性腹泻的治愈疗程,提高治愈率是一个值得探讨的问题。近年来我院儿科采用周围静脉营养治疗婴幼儿难治性腹泻,取得较满意效果。现报道如下:

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2008 年 1 月~2012 年 10 月我院儿科收治的慢性迁延性腹泻患儿 42 例,其中男 23 例,女 19 例;2~6 个月 13 例,6 个月~1 岁 22 例,1~3 岁 7 例;迁延性腹泻 28 例,慢性腹泻 14 例。患儿每日大便 7~20 余次,大便呈黄绿色、水样、蛋花汤样或黏糊状。大便常规检查脂肪球(+~+++),白细胞(+~++)。大便致病菌培养均阴性。全部病例均合并脱水、电解质紊乱、营养不良、贫血、免疫功能低下等并发症。两组患儿在年龄、性别、病程与合并症等临床资料对比无统计学意义,具有可比性。

**1.2 治疗方法** 将 42 例患儿随机分成观察组 22 例,对照组 20 例。两组患儿根据病情采用继续饮食,调整饮食成分,纠正脱水、电解质紊乱及酸碱失衡;蒙脱石散口服保护肠黏膜,双歧杆菌肠球菌四联活菌散纠正肠道菌群失调,多酶片助消化,消旋卡多曲抑制分泌,锌剂、铁剂、维生素补充缺失等治疗。观察组在此基础上加用周围静脉高营养治疗。具体方法:10%脂肪乳 2~3 g/(kg·d),复方氨基酸从 0.5~1.0 g/(kg·d) 开始,逐渐递增至 2.0~2.5 g/(kg·d),葡萄糖 12~15 g/(kg·d),液体 120~150 mL/(kg·d),热量 209~376 kJ/(kg·d) [50~90 cal/(kg·d)],总液体量在 24 h 内均匀输入<sup>[2]</sup>,疗程 5~14 d。若患儿腹泻症状消失,逐渐加大肠内营养量,至泻停止 2~3 d 后,停止静脉营养。

**1.3 疗效判定标准<sup>[3]</sup>** 显效:治疗 5 d 粪便性状及次数恢复正常,全身症状消失;有效:治疗 5 d 时粪便性状及次数明显好转,全身症状明显改善;无效:治疗 5 d 时粪便性状、次数及全身症状无明显好转,

甚至恶化。

**1.4 统计学处理** 使用 SPSS13.00 统计软件对数据进行统计分析,采用  $\chi^2$  和  $t$  检验, $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患儿治疗效果比较** 治疗组总有效率高,两组比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 两组患儿治疗效果比较 例

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	22	8	10	4	81.82
对照组	20	2	7	11	45.00

**2.2 两组腹泻治愈时间比较** 观察组腹泻治愈平均时间短于对照组,差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 两组腹泻治愈时间比较 ( $\bar{X} \pm S$ ) d

组别	n	腹泻治愈所需时间
观察组	22	4.87± 1.75
对照组	20	8.48± 2.65
$t$		1.877
$P$		<0.05

**2.3 不良反应** 两组均未发现不良反应。

## 3 讨论

婴幼儿难治性腹泻的致病因素较多,包括感染(细菌、病毒等)、过敏(如蛋白质过敏)、营养不良、消化酶缺陷(如先天性和继发性乳糖糖酶缺乏)、免疫缺陷、药物因素(抗生素致菌群失调、变态反应等)、消化道先天畸形等<sup>[4]</sup>。绝大多数(约 80%)难治性腹泻均可因营养物质摄入或吸收减少,尤其是脂肪、乳糖吸收减少,以及因腹泻发热、肠道病变修复能量消耗与需要增加,致患儿处于消耗状态。逐渐出现体重下降、消瘦、贫血、营养不良、免疫功能低下、继发感染等一系列症状,使肠黏膜结构和功能受到持续损害及修复机制受损<sup>[5]</sup>,造成腹泻—营养不良—腹泻的恶性循环<sup>[6]</sup>。静脉高营养是婴幼儿难治性腹泻的一种重要治疗手段。在患儿肠道不能耐受营养物质时,可根据患儿的具体情况,实施部分肠道内

# 腹腔镜 Ladd's 术治疗先天性肠旋转不良疗效分析

潘涛

(浙江大学医学院附属儿童医院 杭州 310006)

**摘要:**目的:探讨腹腔镜下治疗先天性肠旋转不良的关键技术,分析腹腔镜手术治疗的优点。方法:患儿 31 例,采用 3 Trocar 在腹腔镜下完成 Ladd's 索带离断,松解十二指肠至空肠起始部所有粘连,将十二指肠拉直与小肠置于右侧腹腔,盲肠、结肠置于左侧腹腔,行阑尾切除术。结果:本组患儿手术全部成功,无死亡病例,无中转开腹手术;手术时间 1.5~2.5 h,平均 2 h;出血量约 10 mL;术中发现盲肠位于右下腹 1 例(新生儿),术后粘连性肠梗阻 1 例,脐部切口感染 1 例;术后平均住院时间 3.5 d;术后随访 1 个月~2 年,进食正常,无特殊不适。结论:经腹腔镜行 Ladd's 术是一种安全可靠的方法,具有创伤小、恢复快、无明显近远期不良反应等优点。

**关键词:**先天性肠旋转不良;腹腔镜;Ladd's 术

中图分类号:R 726.5

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.048

Ladd's 术是治疗婴幼儿先天性肠旋转不良的首选手术方式,近年由于腹腔镜手术创伤小、伤口美观且无切口裂开并发症、术后恢复快,已逐渐受到医生和患者的青睐。1995 年 Van der Zee 等<sup>[1]</sup>首先报告采用腹腔镜 Ladd's 手术治疗 1 例肠旋转不良伴肠扭转的新生儿病例,随后国内也出现经腹腔镜治疗先天性肠旋转不良的报道案例。2010 年 1 月~2012 年 1 月我科对 31 例先天性肠旋转不良患儿施行腹腔镜 Ladd's 手术,效果良好。现报告如下:

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本组采用腹腔镜技术治疗先天性肠旋转不良患儿 31 例,男 18 例,女 13 例;年龄 15 d~13 岁,平均 2.5 岁。手术前行彩色多普勒超声显示肠系膜血管呈螺旋扭曲但血流通畅无绞窄。上消化道碘油造影提示:十二指肠梗阻,梗阻末端呈漏斗状或外压,胃及近段十二指肠扩张,十二指肠空肠曲位置异常,正常十二指肠空肠曲位置被屈氏韧带固定在左上腹,高于或平行于十二指肠球部。若高度怀疑中肠扭转坏死则纳为腹腔镜手术禁忌。

**1.2 手术方法** 常规手术前准备,留置胃肠减压管、导尿管,尽量增加游离腹腔的空间,患儿平卧手术的基础上,采用周围静脉营养的方法,提高患儿营养需求供给,使患儿营养状况得以迅速改善,肠道黏膜结构及功能得以修复<sup>[2]</sup>,消化功能得以增强,免疫功能得到改善,打破腹泻—营养不良—腹泻的恶性循环。同时,也避免了因禁食或单纯静脉营养引发的并发症,弥补了肠道内营养不足。

本组 42 例难治性腹泻患儿均给予综合治疗,观察组加用周围静脉高营养治疗,5 d 治疗有效率明显高于对照组,治疗后腹泻持续平均时间明显短于对照组,差异有统计学意义。未出现明显副作用。说明周围静脉营养治疗婴幼儿难治性腹泻疗效确切,是一种值得推广的有效方法。

术台,轻度头高脚低位,气管插管静脉复合全身麻醉,采用 3 戳孔技术。手术步骤:第一个 5 mm Trocar 在脐环左侧切开入腹,直视下放置并缝合固定,放入 5 mm 腹腔镜进行观察。CO<sub>2</sub> 气腹压力根据患儿情况设定在 5~10 mmHg,然后在腹腔镜监视下分别于左中腹和右中腹穿置 Trocar 2 个(5 mm),置入无损伤抓钳探明回盲部位置和十二指肠周围情况。如果探查后确定并发中肠扭转无血运障碍者,操作顺序与传统手术一样,应先用 2 把无损伤抓钳由回盲部开始逆时针向右上腹依次牵拉小肠至空肠近端使扭转肠管复位,再松解离断回盲部与肝脏和右侧后腹膜之间的 Ladd's 索带,将回盲部和结肠推向左侧腹,解除十二指肠压迫。随后牵拉十二指肠远端使束缚其周围的腹膜索带变得更加明显,充分离断这些异常索带直至近端空肠,注意将小肠系膜根部的异常粘连索带也分开使小肠系膜得以扩展。对轻度中肠扭转者应先把注意力放在病变根部,先游离十二指肠之后再顺行牵拉肠管纠正扭转复位,开始即提起幽门沿十二指肠近端向远端,电切离断其周围异常索带,使十二指肠拉直,继续向下自近端空肠开始逐步向远端小肠牵拉理顺使全

## 参考文献

- [1]杨海军,孙梅.小儿迁延性慢性腹泻病 83 例临床分析[J].临床儿科杂志,2009,27(10):930-934
- [2]中华人民共和国卫生部卫防急发第 37 号文.中国腹泻病诊疗方案[J].中国实用儿科杂志,1998,13(6):381-384
- [3]“98”全国腹泻病防治学术研讨会纪要.腹泻病疗效判断标准的补充建议[J].中国实用儿科杂志,1998,13(6):384
- [4]黄永坤,刘梅.儿童慢性难治性腹泻病诊治[J].中国实用儿科杂志,2012,27(8):573-577
- [5]江米足.慢性、难治性腹泻病的诊断与治疗进展[J].实用儿科临床杂志,2005,20(3):201-203
- [6]王孟清,莫非钧.小儿迁延性及慢性腹泻的治疗现状与展望[J].中国中西医结合消化杂志,2002,10(6):375-377
- [7]黄永坤,杨武.小儿慢性腹泻的营养治疗[J].实用儿科临床杂志,2006,21(19):1 288-1 289

(收稿日期:2013-05-21)