

肠畸形术后患儿分别从身体、心理和社会等方面进行综合调查和评估显示,排便功能障碍对肛门直肠畸形患儿远期生活质量有显著影响,甚至影响病人的一生。具体表现为术后小儿饮食受限、缺课退学、同伴交往受限及行为异常等,成年后在结婚、性生活等方面也存在不同程度的障碍。

所以,对于术后存在排便功能障碍的病人,家庭、医院及社会都应给与足够的关心和爱护,并积极主动进行康复治疗。有条件的医院应当开展排便功能障碍的功能评定和生物反馈治疗。脊髓神经诱发电位、直肠肛管向量测压、X 线排便造影、结肠传输时间测定、同位素动态排便造影和肛门外括约肌肌电图等是目前常用的客观检测手段。可以从排便控制的压力动力学、神经反射与中枢传导和肌肉电生理学等方面系统研究便秘的病理生理机制。根据小儿排便功能障碍的病理类型,有针对性地选择生物反馈训练疗法,如增强肛周肌肉收缩力量的生物反馈训练、降低直肠感觉阈值的生物反馈训练、缩短肛门括约肌收缩反应时间的生物反馈训练、重建肛门括约肌收缩反射的生物反馈训练和改善排便动力的生物反馈训练等,使患儿在成长过程中避免或减少排便功能障碍造成的负面影响,实现生理、心理的健康发展。

### 三、加强肛肠外科专业学组的协调作用,制定肛肠外科疾病的规范化治疗康复方案

我国小儿肛肠畸形的外科治疗、术后疗效评估及康复治疗等存在区域间发展不平衡的问题,一些较大的儿科学术中心和儿童医院各自积累了许多经验,并形成了各自的诊断、治疗和术后康复策略。但国内尚未形成统一的评价标准,相互间治疗结果,特别是排便功能评估和康复训练后的疗效很难进行横向比较。若要进一步提高肛门功能评定的客观性和可比性,改进和设计更理想的生物反馈治疗方案,需改变过去那种“个体经营”方式,通过专业学组的协调作用,组织全国相关的肛肠外科专家形成协作组,就小儿肛肠外科常见畸形的诊断、治疗、功能评定和康复治疗等制订标准化方案。在资源共享、信息共享和成果共享的原则下,形成有效的诊疗信息回馈网络,并定期进行总结和修订,这样才能拿出具有中国特色的临床资料和研究成果,逐步走进国际专业交流主会场。

同时,应加快小儿外科专科医师的培训和资格准入制度,形成一支基础知识扎实、专业技术熟练的小儿外科专业医师队伍,只有这样,小儿肛肠外科的治疗水平才会有更大的提高。

### 四、紧跟医学新技术的发展,积极探索新的肛肠畸形治疗技术

随着分子生物学、分子遗传学及相关学科快速发展,对小儿先天性畸形的发生机制和遗传规律的研究不断深入,对小儿肛肠畸形的认识不断更新,手术将不再是肛肠外科治疗的唯一方法。多能干细胞的培养与定向分化成功以及干细胞培养、移植技术的不断完善,使人们看到了肛肠畸形治疗新技术的曙光。美国明尼苏达大学研究人员首次将婴儿脐血干细胞转化为 II 型肺泡细胞。新近研究报告,脐带血干细胞通过诱导分化可以有效地重建脊髓受到伤害的大鼠运动功能。肛肠畸形神经病理改变提示我们,肛门直肠畸形术后的排便功能障碍除了后天原因外,脊髓、盆腔和直肠周围的神经肌肉发育缺陷是重要因素,单纯的生物反馈治疗难以完全康复。如将干细胞培养、诱导分化成为相应靶器官细胞后,移植到靶器官进行组织和机能的再生与修复,达到治疗目的。干细胞诱导分化肠神经节细胞移植治疗先天性无神经节细胞症的实验研究正在进行。此外,通过基因筛查,早期发现肛肠胚胎畸形,及时终止妊娠或进行基因修复治疗。虽然上述设想仍在实验研究之中,许多关键技术还有待解决,距离临床应用仍然遥远,但我们必须紧跟医学新技术的发展,接受新技术和新理论,并不断应用于肛肠外科的基础和临床实践中,积极探索新的肛肠畸形治疗方法,为提高小儿肛肠外科的综合治疗质量而努力。

## ·消息·

### 关于出示论文获基金资助或成果证书的说明

为搭建一个更好的科研学术交流平台,本刊对各类基金资助项目或科研项目文章将优先刊发或作重点号刊发。凡投寄本刊的获省部级以上各种基金资助或科研立项的文稿,请于投稿时附寄资助证明复印件;凡在本刊发表的论文在获得科研成果奖后,请及时将证书复印件寄至本刊编辑部。

塞与庆大霉素纱条填塞等,但各种方法疗效不一。目前普遍认为手术治疗为首选,关键在于彻底清除病灶,骨髓腔及软组织中的坏死组织、脓苔、死骨均为细菌滋生的温床,因此,手术过程中应彻底清洗、充分引流,术中应用大量生理盐水、双氧水及新洁尔灭溶液反复冲洗,尽量使创面清洁。另外,死腔的处理也很重要,可选择碘仿纱条填塞、肌瓣填塞与庆大霉素纱条填塞等。

在应用病灶清除、置管冲洗引流术中需注意抗生素的使用要早期、足量、广谱、有效。无药敏实验资料时,先按经验应用广谱抗生素,术后再根据病灶细菌培养结果与药敏试验结果使用有效抗生素,一般需连续使用 3~4 周。引流管置管位置要合理,因为在冲洗过程中大量的坏死组织脱落,很容易堵塞引流管,冲洗要充分,时间要长,一般不少于 3 周,必

要时可超过 4 周,待引流液离心镜检找不到脓细胞或培养无细菌生长时,可先拔除冲洗管,引流管若无浑浊渗出,引流量很少,可在拔除冲洗管后 2~3 d 拔除引流管术后。患侧肢体应使用外固定器固定,以预防病理性骨折。

## 参 考 文 献

- 1 张湘生,黎志宏,曾文,等.骨痂延长术治疗儿童长骨干大段病理性骨缺损[J].中国现代医学杂志,2003,13(16):64-65.
- 2 刘魏峰,何爱咏,张湘生,等.51 例外伤后迁延性骨髓炎的治疗体会[J].临床骨科杂志,2004,7(3):287-289.
- 3 胥少汀,葛宝丰,徐印坎.主编,实用骨科学[M].人民军医出版社,第 5 版,1999,1109-1112.

(上接第 46 页)

入院,入院后即不时哭诉右下腹疼痛,考虑为臀部外伤所致牵涉痛,以致延误诊治 3 d。

因此,对疑似阑尾炎病例应该仔细询问病史,查体时应尽量取得患儿信任,动作轻柔细致,先检查健侧后查患侧,由轻渐重,检查的同时,注意观察患儿表情,阑尾炎患儿按压右下腹时患儿多有痛苦表情,同时可有腹肌抵抗感,检查时应顺应患儿呼吸幅度,在呼气末轻轻加压,可分别于不同时段反复检查,对比感觉患儿腹肌紧张的变化,如患儿年龄小,哭闹烦躁不能配合查体时可于家长喂奶时或患儿熟睡时进行检查。超声检查可进一步明确诊断,B 超不能显示正常阑尾,但对化脓性坏疽性阑尾炎的确诊率很高,必要时可行腹腔穿刺以帮助诊断。

单纯性阑尾炎均采用一期阑尾切除术,不放置引流管,不冲洗腹腔,于关闭切口前行甲硝唑液冲洗

切口后缝合。局限性腹膜炎患儿应于阑尾切除后用纱布多次沾除脓液,可不用生理盐水冲洗,以防止炎症扩散。但对弥漫性腹膜炎患儿主张应用生理盐水甲硝唑液反复冲洗腹腔,吸引冲洗液,可用手指伸入腹腔内拨动肠管,以彻底冲洗肠管间隙,冲洗液清亮后宜放置盆腔引流管,以将脓液充分引流排除,防止术后肠梗阻、腹腔脓肿等并发症。

## 参 考 文 献

- 1 金庆先. 小儿阑尾炎的诊治特点 [J]. 中国实用外科杂志, 1994,14:262.
- 2 Wade DS, Marrow SE, Balsara ZN, Burkard TK, Goff WB. Accuracy of ultrasound in the diagnosis of acute appendicitis compared with the surgeons clinical impression [J]. Arch Surg, 1993,128:1039-1046.

## ·消息·

# 本刊正式通过国家科技部中国科技论文统计源期刊评审

《临床小儿外科杂志》是一本面向临床、服务专家、忠诚作者和读者的小儿外科专业期刊。自 2002 年创刊以来得到了全国小儿外科界专家和广大医务人员的高度评价,特别是 2007 年进行全新改版和组建第二届编委会后使杂志的质量和影响力得到了新的提升。2007 年 6 月通过了国家科技部中国科技论文统计源期刊评审,成为中国科技论文统计源期刊(中国科技核心期刊)。这是杂志新的起点,期望为中国小儿外科事业的发展作出新的贡献,为全国小儿外科工作者提供更好的学术交流平台。