

肠旋转不良则通常会导致闭祥性肠梗阻,极易发生绞窄性肠坏死,缺乏有效的确诊手段,早期诊断,早期手术是获得治愈,改善预后的关键^[3]。腹内疝主要分为两大类:先天性和后天性。前者包括腹膜隐窝疝、网膜孔疝、食道裂孔疝、肠系膜裂孔疝、先天性膈疝和十二指肠旁疝,儿童较为多见。后者包括腹腔炎症或手术导致的粘连型、术后裂隙型、胃大部切除源型及 T 管引流术源型。另外还有一类是以先天病变为基础^[4],与后天病变相结合而引发的腹内疝,临床极为少见。

腹内疝患者临床症状、体征及相关辅助检查缺乏特异性导致临床上诊断腹内疝缺乏有效的方法。腹内疝一般急性起病,持续性剧烈腹痛且伴有渐进性加重,可伴呕吐甚至腹泻,严重者可出现休克。部分患者起病初期腹痛症状较轻,多呈单纯性肠梗阻表现,病情进展迅速呈持续性及进行性加重,进展为绞窄性肠梗阻。体格检查有腹部压痛及腹肌紧张,肠鸣音消失,甚至可见肠型及蠕动波,出现肠梗阻的征象。腹部平片可见较多气液平,并可有肠道扩张、集气的表现,腹部 CT 可表现为肠袢异常聚集、包裹,肠系膜血管可有异位、伸拉、聚集等表现,当出现肠壁水肿时,肠系膜水肿可呈“梳征”样表现^[5-6]。一方面,详细地询问病史非常重要,了解患者既往是否有类似发作,是否有腹部手术及腹、盆腔感染史;一方面,严密地观察病情,对于病情进行性加重的肠梗阻病例以及对于腹痛原因不清且经抗炎、禁食、补液甚至胃肠减压 6~8 h 症状无改善的病例要高度警惕腹内疝可能;另外积极外科会诊,尽早剖腹探查对于病情预后起着十分重要的作用^[7-8]。

本例患者无明显腹、盆腔手术及感染史,仅术中盆底子宫

后方见大片膜状炎性增生组织与后方组织间粘连、中间有一狭小孔隙形成肠管嵌入其内导致腹内疝形成,实为罕见。

参考文献

[1] 李琼,白人驹.腹内疝的分型和影像学检查的价值[J].国际医学临床放射学分册,2007,30(5):326-329,354.
[2] 杜秉权.疝环充填式无张力疝修补术后复发疝的病因及对策[J].实用诊断与治疗杂志,2007,21(8):594-595.
[3] 朱仕军,奉曲旭,韩峰.腹内疝所致肠梗阻 32 例临床诊治体会[J].腹部外科学,2003,16(6):355-356.
[4] Shiota M, Asada J, Nishida H, et al. Hereditary spherocytosis in 3 children coexisting with UDP-glucuronyl transferase 1A1 deficiency[J]. Journal of pediatric hematology/oncology, 2009, 31(2):121-123.
[5] Takeyama N, Gokan T, Ohgiya Y, et al. CT of internal hernias[J]. Radiographics, 2005, 25(4):997-1015.
[6] 苗立英,贾建文,张武,等.腹内疝所致肠梗阻的超声检查分析[J].中国医学影像技术,2000,16(11):987-988.
[7] 李丰.小肠扭转 35 例诊治分析[J].医药论坛杂志,2011,32(4):130-131.
[8] 韩羽,秦人金,祁昌信.48 例老年性急性肠梗阻的临床诊治特点分析[J].吉林医学,2012,33(31):6825-6826.

(收稿日期:2012-12-19 修回日期:2013-03-15)

肌电图 F 波检查对腰骶神经根病辅助诊断的临床使用

张 卉(南京中医药大学,江苏南京 210046)

【关键词】 肌电图 F 波; 腰骶神经根病; 时间离散度; F 波出现率; 胫神经 H 反射; 辅助诊断
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.17.078 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)17-2350-02

腰骶神经根病是由于腰骶神经根受到压迫引发一类疾病的总称,该类疾病主要包括椎管狭窄症、腰椎间盘突出症、关节突关节增生内聚、腰椎滑脱症等多种疾病。该病发病缓慢,治疗难度大,常因腰骶神经根因受到刺激而导致间歇性跛行、下肢放射性疼痛、腰痛、大小便失禁等症状,严重者甚至导致患者下肢瘫痪,严重影响患者的生命质量^[1]。由于腰骶神经根具有一定的解剖特殊性,在临床诊断过程中无论是敏感性,还是特异性都相对较弱,并且难以真正反映腰骶神经根真正的功能受损情况。神经电生理作为一种现代化检查手段,不但能够直接反映腰骶神经根真正的功能受损情况,还可以对其功能受损情况施行定量分析,因此神经电生理检查常常作为诊断腰骶神经根病非常重要的辅助手段^[2]。肌电图 F 波检查是神经电生理检查中最适合进行腰骶神经根病检查的手段之一,可以有效提高腰骶神经根病的确诊率与诊断率。

1 肌电图 F 波的涵义及临床意义

1.1 肌电图 F 波的涵义 肌电图 F 波是运动神经兴奋性回返放电,是指周围神经在受到超强刺激后,所产生的神经冲动沿着近端神经纤维逆行向脊髓传导,传导到前角细胞后使前角细胞产生兴奋,然后兴奋再沿着该运动神经传出,并最终传输到效应肌肉,并支配效应肌肉的活动^[3]。

1.2 肌电图 F 波的临床意义 肌电图 F 波能够充分反映前

角细胞病变、运动轴索病变以及神经近端传导功能以及运动神经元的兴奋性。作为对运动神经元的兴奋性进行评价的重要手段,因受到刺激不同,其产生的肌电图 F 波潜伏期、波形、波幅以及时限都会不同,有的甚至呈现出很大的变化,并且其变化和多种因素相关。例如:运动神经元池呈现的兴奋状态程度主要取决于每一个脊髓前角细胞兴奋作用与抑制作用之间存在的平衡,其平衡状态不同,所产生的兴奋程度就不相同,引发的肌电图 F 波放电也不相同^[4]。研究还发现,损伤的神经元不同,由神经元损伤所导致的肌张力增高、僵硬、痉挛等都会对肌电图 F 波发电造成影响,使其产生不同的肌电图 F 波放电。正是因为如此,临床上常常通过检测肌电图 F 波用来进行颈椎病、腰椎病、格林-巴利综合征等疾病相关神经根损害的检查诊断。

2 肌电图检测腰骶神经根病的原理分析

肌电图检测可以有效进行腰骶神经根病的诊断及损伤定位,特别是对于腰骶神经根病的早期诊断与治疗更是具有重要的现实意义。研究发现,由同一个腰骶椎前根神经支配的全部肌肉可以组成一个肌节,这个肌节只反应于该腰骶椎节段神经,受该腰骶椎节段神经支配^[5]。通过检查肌肉的分布情况,掌握该肌节神经根的功能,然后根据神经电图以及神经传导的速度进行定位诊断,并对腰骶神经根与周围神经的功能状态进

行判断,从而对对腰骶神经根病的发病状况进行准确判断^[6]。

3 肌电图 F 波检查在腰骶神经根病辅助诊断中的使用

3.1 肌电图 F 波时间离散度对腰骶神经根病辅助诊断 肌电图 F 波时间离散度(F-CD)是肌电图 F 波的最大潜伏期(Flat-max)与最小潜伏期(Flat-min)的差值。正常情况下,使用完全相同的记录条件和刺激,连续记录下来的肌电图 F 波的潜伏期与形态学特点变化存在一定的变化,最大潜伏期和最小潜伏期之间只是相差几毫秒。但是,在针对腰骶神经根病检查中,笔者发现腰骶神经根病患者的 F-CD 值明显高于健康人,连续记录的肌电图 F 波潜伏期离散度处于增加状态,究其原因,可能是在腰骶神经根发生损伤后,Renshaw 细胞的抑制功能降低或者丧失^[7]。在腰骶神经根正常的状态下,Renshaw 细胞对于 α 运动神经元起着突触前抑制作用,在腰骶神经根患病后 Renshaw 细胞功能降低或者丧失,此时,Renshaw 细胞对于大运动神经元抑制能力降低或者完全消失,失去抑制的运动神经元以及传出神经纤维就会增加,其放电量累积增加,肌电图 F 波就会发生暂时离散的现象^[8]。

3.2 肌电图 F 波出现率对腰骶神经根病辅助诊断 在对腰骶神经根病的临床诊断过程中,肌电图 F 波出现率也是对运动神经元兴奋性进行评价的重要指标,当肌电图 F 波出现率下降时则说明运动神经元的兴奋性降低,说明可能发生了前角细胞或者运动轴索损伤或病变。Fisher 在研究脑血管疾病患者双上肢肌电图 F 波变化的过程中,发现脑血管疾病患者偏瘫一侧肌电图 F 波出现率明显降低,其波幅明显下降,并且偏瘫侧损伤的范围越大,其肌电图 F 波出现率与波幅变化也越大。Leis 等学者在研究脊髓损伤患者在不同时期的肌电图 F 波变化情况,发现在脊髓休克期,肌电图 F 波兴奋性明显降低,肌电图 F 波出现率也显著下降,究其原因,可能是由于脊髓发生损伤后, α 运动神经元兴奋性降低导致的。从脊髓的休克期到脊髓的痉挛期过程中,脊髓神经元通路也会随之而发生适应性的放电。通过 Hiersemenzel 等学者的研究发现,脊髓如果进入休克期,肌张力迟缓以及腱反射消失都和肌电图 F 波出现率降低存在着一定的正相关关系。在由休克期转化为痉挛期的过程中,肌张力与腱反射和肌电图 F 波的逐渐恢复、运动神经元兴奋性存在着一定的关系。刘雅丽等^[9]研究发现肌电图 F 波最小潜伏期并不适合作为进行腰骶神经根病电生理学评价的敏感性指标。

总之,作为腰骶神经根病检查的重要手段,肌电图 F 波的目前在临床上使用率已经相当普遍,在检查过程中,作为医务人员,要想不断提高腰骶神经根病的确诊率与诊断率,必须不断学习,不断总结经验,只有这样,才能更好地为患者提供优质的服务,提高医院的综合竞争能力。

参考文献

- [1] 周方,严莉,汪仁斌,等. 等胫神经 H 反射与 F 波诊断腰骶神经根病的敏感性比较[J]. 中日友好医院学报,2008,22(05):270-272.
- [2] 齐宗华,刘勇,齐卫红. 腰骶神经根病变与下肢周围神经病变的肌电图检查[J]. 齐鲁医学杂志,2005,20(05):429-430.
- [3] 刘雅丽,高伟,黄晓琳,等. 脊髓损伤患者与正常人 F 波的差异性研究[J]. 中国康复,2006,21(1):23-25.
- [4] Musaev AV, Guseinova SG, Imamverdieva SS. The use of pulsed electromagnetic fields with complex modulation in the treatment of patients with diabetic polyneuropathy [J]. Neurosci Behav Physiol,2003,33(8):745-752.
- [5] 耿建波,孟艳红. 腰椎间盘突出症肌电图检查临床分析[J]. 吉林医学,2010,31(24):4029-4030.
- [6] Adamova B, Vohanka S, Dusek L. Dynamic electrophysiological examination in patients with lumbar spinal stenosis: is it useful in clinical practice? [J]. Eur Spine J,2005,14(3):269-276.
- [7] 陈建,沈宁江,吴晓丽. 皮节体感诱发电位各观测指标在评价腰骶神经根病损中的灵敏性[J]. 临床神经电生理杂志,2008,17(04):215-217.
- [8] 张磊,孙太欣. A 波和 F 波, H 反射在腰骶神经根病诊断中的意义[J]. 癫痫与神经电生理学杂志,2012,21(01):18-20.
- [9] 刘雅丽,尤春景,郭铁成,等. 非急性期脊髓损伤患者 F 波与痉挛的相关性研究[J]. 中华物理医学与康复杂志,2005,27(6):349-352.

(收稿日期:2012-12-26 修回日期:2013-03-22)

肾内科危重患者的护理安全管理与对策

唐 妮(重庆市开县人民医院肾内科 405400)

【关键词】 肾内科; 危重患者; 护理安全; 对策

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.17.079 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)17-2351-02

护理安全是指患者在医院接受护理的过程中,不发生法律和规章制度允许范围之外的功能损害、缺陷、障碍或者死亡^[1]。但是由于病情严重的患者本身的特殊性,病情不稳定,有些患者甚至存在意识不清、意识障碍等情况,而更为严重的一些患者甚至已经出现脏器和器官的受损、衰竭。对于这样的危重患者,在护理的时候,医护人员更要注意方法和措施,避免护理安全意外事件的发生。而本院肾内科在对于危重患者的护理安全方面采取的一些措施,取得了良好的、令人满意的效果,本文就本院肾内科医生在危重患者护理安全方面的一些体会做出

相关的探讨,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2010 年 10 月至 2012 年 3 月在本院肾内科住院的 130 例危重患者作为观察对象。其中,男 78 例,女 62 例,年龄 17~67 岁,平均年龄(36.5±0.2)岁,平均体质量(58.2±0.7)kg,平均身高(161.0±0.4)cm。130 例患者中,急性肾衰 15 例,急性肾功能不全 39 例,慢性肾功能不全 15 例,糖尿病肾病 24 例,肾病综合征 37 例。

1.2 方法