

量硫酸钡,动态观察钡剂在胃肠道的走向,虽然该项检查不能确定肠套叠的诊断,但能较准确的评估肠梗阻的转归,为及时、准确的处理病人提供可靠的参考依据。临床实践证实,其价值在此优于单纯X线平片。B超检查因其经济、无创、对腹部包块敏感等优点,是一种较理想的辅助检查手段。B超检查多能在腹部探及长圆形包块,长约3~5 cm,其长轴切面呈多层平行的高、低相间的四声带,由鞘部与套入部肠壁的浆膜及内部黏膜反折重叠形成,呈“套筒”样;若套入肠腔内仍有气体,可表现为“假肾征”,横切面则为多层“同心圆”的典型征象或“类同心圆”征象,也有人称之为“靶环征”^[7]。本组17例B超检查均发现腹部包块,但检查的准确率与检查者的水平有很大关系。另外也有CT诊断术后肠套叠的报告^[7]。术后肠套叠的诊断较困难^[8],延误诊断和手术的主要原因有:1.发病时间多在术后肠功能恢复期或饮食恢复期,此时出现呕吐和腹胀,常考虑为黏连性肠梗阻所致。2.腹部不适、腹痛易误诊为术后伤口疼痛;且术后肠套叠多为小肠型,肠套叠体征多不典型。3.发病时间距第一次手术时间短,很难下决心再次开腹探查。4.小肠型肠套叠早期很少有血便,有时出现黏液性血便,往往考虑吻合口出血所致。

综上所述,凡手术后2周内尤其是1周内发生的机械性肠梗阻,特别是2岁以下的小儿,应考虑到术后肠套叠的诊断。在常规X线检查的同时,应辅以腹部B超检查。术后肠

套叠由于黏连及肠运动功能的改变,罕有自行脱套的机会,确诊后尽早手术探查。早期手术,套叠多能手法复位。若延误治疗有肠坏死的可能,可影响患儿的预后。

【参考文献】

- [1] Mollit DL, Ballantine TV, Grosfeld JL. Postoperative intussusception in infancy and childhood, analysis of 119 cases in children [J]. *Surgery*, 1979, 86:402.
- [2] Ein SH, Ferguson JM. Intussusception—the forgotten postoperative obstruction [J]. *Arch Dis Child*, 1982, 57:788.
- [3] West KW, Stephens B, Rescorla FJ, et al. Postoperative intussusception, experience with 36 cases in children [J]. *Surgery*, 1987, 102:704.
- [4] Line F, Eble F, Berger S. Postoperative intussusception in childhood [J]. *Pediatr Surg Int*, 1998, 14:175.
- [5] West KW, Stephens B, Vane DW, et al. Intussusception: current management in infants and children [J]. *Surgery*, 1987, 102:704.
- [6] Blakelock RT, Beasley SW. The clinical implications of non-indiopathic intussusception [J]. *Pediatr Surg Int*, 1998, 14:163.
- [7] 田洪孝, 张榕云. 小儿术后肠套叠的早期诊断 [J]. 中华普通外科杂志, 2003, 18(6):377.
- [8] Chong TJ, Victorino GP. CT diagnosis of postoperative intussusception after penetrating abdominal trauma [J]. *J Gastrointest Surg*, 2004, 8:387.
- [9] Turkyilmaz Z, Sonmez K, Demirogullari B, et al. Postoperative intussusception in children [J]. *Acta Chir Belg*, 2005, 105:187.
- [10] 肖艳霞. 小儿术后肠套叠的诊断体会 [J]. 中国妇幼保健, 2005, 20(8):1030-1031.

左腋下经肋床斜行小切口治疗动脉导管未闭

王佳祥, 张建卿, 王 锋, 崔识远, 顾以苒, 谢周良

(河南省人民医院 心血管外科, 郑州 450003)

【摘要】目的 总结左腋下斜行小切口经肋床进胸行动脉导管结扎术的经验。**方法** 对76例动脉导管未闭(PDA)患儿采用左腋下斜行小切口经肋床进胸行PDA结扎术,关胸时排尽余气,术后均未放置胸腔闭式引流。**结果** 76例患儿术后杂音均消失,无手术死亡,全组患儿均未输血,术后无1例发生皮下气肿,2例发生左侧气胸,经胸腔穿刺排气后痊愈。随访3个月~4年,无导管再通及假性动脉瘤形成。**结论** 左腋下经肋床斜行小切口免置胸腔引流治疗小儿PDA是一种安全有效的方法。

实用儿科临床杂志, 2005, 20(10):1053-1054

【关键词】 动脉导管未闭;小切口;胸腔闭式引流

【中图分类号】 R726 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1003-515X(2005)10-1053-02

我院于2000年7月~2005年3月对76例动脉导管未闭(PDA)患儿采用左腋下斜行小切口经肋床进胸行PDA结扎术,术后均未放置胸腔闭式引流,疗效满意。现报告如下。

资料与方法

一、一般资料 PDA患儿76例,男49例,女27例,年龄1~6岁。所有患儿术前体格检查示胸骨左缘第2肋间可闻及连续性机械样杂音,股动脉枪击音阳性,经胸片、心电图、心脏彩色多普勒超声检查确诊为单纯PDA^[1],未并其他先天性心脏病。并轻度肺动脉高压6例,心功能参照纽约心脏病协会(NYHA)分级标准^[2],I级71例,II级5例。

二、手术方法 患儿右侧卧位,切口自腋中线与第3肋

交叉点向前下斜行至腋前线的第5肋上缘,切口长度5~8 cm,逐层切开皮肤,皮下,切断部分前锯肌,沿第4肋骨下缘电刀切开骨膜向下剥离至合适长度,经第4肋床切开胸膜进胸,常规结扎动脉导管,仔细止血,以7号丝线绕第4肋间断缝合关闭胸腔,关闭胸腔前请麻醉师充分膨肺,经切口留置一粗导尿管接持续负压吸引,严密缝合肌层后拔除导尿管,间断缝合皮下组织,皮肤切口以4~0 prolene线皮内缝合。

结 果

本组术中发现动脉导管直径0.4~1.2 cm,长0.5~1.0 cm。手术时间40~65 min,平均(48.5±12.6)min。术中出血20~80 mL。术后杂音均消失,无手术死亡,全组患儿均未输血,术后无1例发生皮下气肿,2例发生左侧气胸,经胸腔穿刺排气后痊愈。住院天数7~10 d,平均(8.2±1.8)d。随访3个月~4年,无导管再通及假性动脉瘤形成。

【收稿日期】 2005-08-20

【作者简介】 王佳祥,男,主治医师,硕士学位,研究方向为心血管外科。

讨 论

PDA是常见的先天性心脏病之一,传统的治疗方法是左后外侧切口行PDA结扎术,术毕放置胸腔闭式引流^[1]。这种切口术野显露充分,操作方便,但创伤大,瘢痕长,影响美观。近些年,随着科学技术的发展,出现了许多新的术式,如胸腔镜下PDA结扎术、PDA介入封堵术、经听诊三角切口胸膜外PDA结扎术、腋下直切口经胸腔或胸膜外PDA结扎术等^[3-8]。这些术式具有创伤小、瘢痕少等优点,但也各有其弊端,胸腔镜下PDA结扎术、PDA介入封堵术需要特殊的器械,费用昂贵,经听诊三角切口胸膜外PDA结扎术需切断部分背阔肌和斜方肌,且游离壁层胸膜操作费时,腋下直切口不利于当有意外情况发生时扩大切口。

我们采用左腋下斜行小切口经肋床进胸行PDA结扎术,无需特殊器械,费用低,切口小,术中仅需切断部分前锯肌,对胸部肌肉损伤小。经肋床进胸,无需切断肋间肌,可以减少出血,避免损伤肋间血管。关胸时绕第4肋间断缝合可严密关闭胸腔,减少术后皮下气肿的发生,本组无1例发生皮下气肿。采用斜行切口有利于术中发生出血等意外情况时扩大切口^[9]。开胸手术后应常规留置胸腔闭式引流,以利于排出胸腔残余气体及手术创面渗血,及时发现胸腔内异常情况。由于小儿PDA结扎术创面相对较小,一般渗出较少,我们于关闭胸腔前请麻醉师充分膨肺,经切口留置一粗导尿管

管持续负压吸引,严密缝合肌层后拔除导尿管,以此充分排出胸腔残余气体,所有患儿均未留置胸腔闭式引流,避免了留置胸腔闭式引流对患儿造成的痛苦,术后仅2例出现左侧气胸。我们体会,腋下小切口对于小患儿显露较好,而年龄大于12岁的患者由于胸腔深,显露差,结扎操作困难,不宜采用。术后不留置胸腔闭式引流,可减少患儿痛苦,但要注意密切观察生命体征,术后及时检查胸片,了解胸腔内情况,以便及时处理。

[参考文献]

- [1] 孙衍庆. 现代胸心外科学[M]. 北京:人民军医出版社, 2000: 903-908.
- [2] 陈明哲. 心脏病学[M]. 北京:北京医科大学出版社, 1999: 402.
- [3] 文平, 曹立盛, 郭成忠, 等. 小儿动脉导管未闭外科治疗的相关问题[J]. 中华小儿外科杂志, 2004, 25(1): 86-87.
- [4] 王玉林. 先天性心脏病的介入治疗进展[J]. 实用儿科临床杂志, 2005, 20(7): 612-613.
- [5] 姜百玉, 张三强, 王乐丰. 动脉导管未闭介入治疗临床观察[J]. 实用儿科临床杂志, 2005, 20(5): 491-492.
- [6] 马震. 经听诊三角切口胸膜外动脉导管结扎术[J]. 中国心血管病研究杂志, 2004, 2(3): 213-214.
- [7] 路少林, 李军, 费立聪, 等. 腋下小切口治疗动脉导管未闭[J]. 实用儿科临床杂志, 2002, 17(2): 150-151.
- [8] 褚银平, 刘爱军, 孙彦龙. 婴幼儿动脉导管未闭的微创外科治疗研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2005, 3(5): 391-392.
- [9] 游昕, 陈若为, 但文富, 等. 右腋下小切口在小儿心内直视手术的应用解剖及临床评价[J]. 中国微创外科杂志, 2004, 4(3): 187-188.

先天性乳糜胸 1 例

吴金霞, 张称心

(内蒙古妇幼保健院 新生儿科, 呼和浩特 010010)

[关键词] 乳糜胸, 先天性; 胸腔积液; 婴儿, 新生

[中图分类号] R722.1

[文献标识码] C

[文章编号] 1003-515X(2005)10-1054-01

患儿,女,2h,因胎心快、宫内超声示右侧胸腔积液入我院新生儿科。第1胎,第1产,孕34⁺3周,体质量2550g。Apgar评分1min 8分,5min 8分。查体:体温36.0℃,脉搏140次/min,呼吸40次/min,口周稍发绀,右侧胸廓稍显饱满,右肺叩诊稍浊,呼吸音弱,无啰音,左肺及心腹未见异常,四肢肌张力稍差。胸片示右侧胸腔积液,肺纹理稍强。胸部彩超示右侧胸腔积液。胸腔穿刺液:草绿色,混浊;胸水生化:氯110.9mmol/L,糖3.5g/L,蛋白24.1g/L。胸水黄浊,李凡它试验阳性,白细胞6.8×10⁹/L,淋巴0.97,中性0.09。诊断为乳糜胸并感染。家长要求出院。出院后死亡。

讨 论

乳糜胸是新生儿呼吸窘迫鉴别诊断中极少见的疾病,却是新生儿期胸腔积液最常见原因^[1,2]。其诊断要靠胸部X线检查、B超及胸腔穿刺检验。常规宫内超声检查发现单侧(以右侧多见)或双侧胸腔积液是出生前筛查常用的可靠方法,

确诊要靠胸腔穿刺发现乳糜的生化特性:无菌、无气味,总蛋白21~59g/L,电解质与血浆相似,白细胞计数(6.0~8.0)×10⁹/L,淋巴细胞>0.90,其中高比例淋巴细胞在确诊上具有重要意义^[1]。新生儿乳糜胸分为先天性和获得性,病因可能为胸导管狭窄或先天性痿。本例患儿具有如下特点:胎心快、生后口周发绀、右侧胸廓饱满,超声检查、X线检查及胸腔穿刺结果示乳糜胸,故诊断为先天性乳糜胸。此型乳糜胸病因不明^[3],发病率为出生婴儿的1/万,NICU中的1/2000。乳糜胸病死率可达20%~50%,主要由于病情迁延引起的严重呼吸、营养和免疫障碍^[1]。故凡有宫内窘迫的患儿应注意有无先天性乳糜胸的可能,可做胸部X线或B超检查进行筛查,检测胸水以确诊。

[参考文献]

- [1] 黄玫, 施维明. 新生儿乳糜胸[J]. 中国当代儿科杂志, 2004, 6(1): 77-80.
- [2] 魏福明, 朱俊, 严靖. 21-三体综合征并乳糜胸1例[J]. 实用儿科临床杂志, 2005, 20(3): 236.
- [3] 金汉珍, 黄德珉, 官希吉. 实用新生儿学[M]. 第2版. 北京:人民卫生出版社, 2000: 372-373.

[收稿日期] 2005-07-30

[作者简介] 吴金霞,女,住院医师,学士学位。