

技术与方法

1 期修补术治疗新生儿脐膨出 13 例

肖兆勇, 伏文钧, 孙玉振

(扬州大学临床医学院 小儿外科, 江苏 扬州, 225001)

关键词: 新生儿; 脐膨出; 1 期修补术

中图分类号: R 726 文献标识码: A 文章编号: 1672-235X(2005)07-0053-01

新生儿脐膨出为先天腹壁发育畸形中最常见疾病,而且治疗效果差,死亡率高,本院自 1987 年 1 月~1998 年 12 月共收治新生儿脐膨出 15 例,除 2 例巨大脐膨出家属放弃治疗外,余 13 例均行 1 期修补术治疗。现报告如下。

1 临床资料

男 12 例,女 1 例。入院时间为 3~72 h。11 例出生体重 2.1~4.0 kg,2.5 kg 以下 2 例。脐部腹壁缺损直径 5 cm 以下 10 例,5~6 cm 3 例。膨出脏器为肝和胆囊 2 例,肝脏、胆囊和小肠 1 例,小肠和大网膜 4 例,单纯小肠 6 例。直径 5 厘米以下病例中发生囊膜破裂小肠脱出 2 例,其中合并小肠穿孔 1 例,小肠襻扎进脐带致肠梗阻 1 例。全组除合并赘生趾 1 例外,余未发现合并畸形。入院即行 1 期修补术 11 例,其中小肠切除 2 例。先保守治疗 2 周后行 1 期修补术 1 例。行脐带囊膜结扎术 1 例。

结果:治愈出院 12 例,1 例巨大脐膨出(直径 8 cm)出生第 2 天死于呼吸衰竭(病死率 7.7%)。

2 讨论

先天性脐膨出是 1 种先天性腹壁发育不全,在脐带周围发生缺损,腹腔脱出体外的新生儿的先天性畸形,较为少见。胚胎早期原肠由卵黄囊分化而来,当前壁、头壁、两侧壁向中线折叠愈合时,中央汇合部形成脐环。当胚胎体腔愈合过程发生停顿时,4 个壁其中 1 个壁的体层发育受到限制。腹腔脏器和腹腔容积失去均衡,腹腔内压增高,使部分脏器未回纳,仍留在脐带中。致腹壁发育不全而形成大小不等的缺损,即形成脐膨出。

新生儿脐膨出临床上以基底缺损直径 6 cm 为界,分为巨大脐膨出和小型脐膨出。膨出的脏器可为小肠、结肠,巨大脐膨出为胃、肝、脾、胰等脏器。脐膨出新生儿可合并其他许多先天性畸形,其发生率为 40%。巨大脐膨出修补困难,合并畸形机率高,术后易发生呼吸衰竭、感染等严重并发症,病死率高。但伍连康等研究认为,小型脐膨出的危险状态也与死亡有密切关系,因而建议将脐膨出分为危重型和普通型,危重型包括:巨大脐膨出、出生时呼吸窘迫、囊膜破裂内脏脱出、并发致死性畸形^[1]。按此标准,本组属于危重型脐膨出为 5 例,其中小型脐膨出囊膜破裂小肠脱出 2 例,与接生初期处理脐带不当有关,误将脐膨出当成基底较粗的脐带加以结扎,致使囊膜破裂小肠脱出,且发生医源性肠穿孔和肠梗阻,增加了病变的危重性,应该引起基层助产人员的注意。

一般认为 1 期修补术仅可试用于缺损直径 < 6 cm 者,对巨大脐膨出则主张 2 期修补,在无菌条件差的情况下分期修补疗效差。有学者报道 1 期修补术应具备以下条件:腹壁缺损直径 < 6 cm;腹腔容量较大,缝合腹壁张力较小,缝合腹壁后心率、呼吸频率无明显加快。具备以上条件方可考虑行 1 期修补术^[2]。作者认为对脐膨出应尽可能行 1 期修补术,且手术必须早期进行。出生后不久的新生儿尚未进食,肠管不充盈,腹腔尚有一定的容积空间,即使较大的脐膨出,膨出脏器的回纳难度不大。早期手术可降低感染和病死率。本组 10 例于出生 24 h 内完成 1 期修补术,2 例缺损直径 6 cm 以上和 2 例小肠脱出伴肠穿孔、肠梗阻的脐膨出于出生后 6~8 h 内完成手术,术后均未发生感染性并发症。而 1 例巨大脐膨出于出生后

(下转第 55 面)

他严重并发症发生。结果表明,VATS对某些食管癌患者是可行的,能体现VATS患者疼痛轻、损伤小、恢复快、心肺功能影响小、住院时间短的优点。但胸腔镜手术具有非接触性、非直视的特点,狭小的切口使术者手的功能被弱化,需用替代物延伸手的功能,需注重眼手的协调配合。同时胸腔镜手术的安全性问题及恶性肿瘤的根治性问题仍是人们争论的焦点。

作者认为,只有具有良好的胸腔镜技术,有能力应付复杂手术的医生才能胜任手术。作者在开展VATS食管癌术前,已经进行过多例VATS肺大疱切除及平滑肌瘤切除手术,具备了一定的基础。需要强调的是,VATS操作中术野显露良好是完成手术的关键,所以术前体位的摆布,操作孔位置的选择均至关重要,术中应反复调整手术床倾斜度,确保术野显露良好。VATS食管癌切除手术要选择早期食管癌和心肺功能不能承受手术者。安全性问题主要与操作技术和经验有关,若遇大出血,胸腔镜下缺少及时有效的控制方法,所以术中需常备开胸包,以便需要时及时中转开胸手术。

术中发现有下列情况者应及时中转开胸手

术:胸腔严重或致密粘连者;瘤体较大,解剖有困难者;纵膈内或隆突下淋巴结需广泛清扫者;镜下出血难以控制者。

食管癌行VATS手术只是初始起步,虽然还存在不足,但只要严格掌握手术适应症,运用合理的手术方法和技巧,一般可以达到与常规开胸手术同样的治疗效果,是一种值得推广的微创手术方法。

参考文献

- [1] Sobin L H, Wittekind C H. TNM classification of malignant tumours [M]. 5th ed. New York: Chichester, 1997. 54.
- [2] 赵志毅. 食管癌切除经胸颈段食管胃机械吻合26例报告[J]. 中国基层医药, 2004, 11(2): 136.
- [3] 邵中夫, 王远东, 李洪胜. 胸腔镜辅助下行食管癌切除术[J]. 中华胸心血管外科杂志, 2002, 1: 50.
- [4] 何鹏飞, 刘同发, 韩军. 电视胸腔镜在胸外科应用体会[J]. 中华胸心血管外科杂志, 2002, 5: 300.
- [5] 曲家骥, 侯维平, 高昕, 等. 电视胸腔镜食管癌切除八例初步报告[J]. 中华外科杂志, 1996, 34: 84.
- [6] Rosat P R, Fumagalli U, Rana S, et al. Thoracoscopic section of the esophagus for cancer [J]. Int Surg, 1997, 82: 1.
- [7] Deter R A. Thoracoscopic esophageal surgery [J]. Int Surg, 1997, 82: 119.

(上接第53面)

第3天手术,术后出现高热和呼吸功能障碍,于术后第2天死亡。呼吸功能不全是新生儿脐膨出的致命性因素^[3],伍氏主张以呼吸机支持,保证SaO₂维持在正常范围,直至呼吸稳定后撤机,可明显提高治愈率^[1]。本组死亡病例,如能及时应用呼吸机,改善呼吸功能,也许能有逆转希望。

Hong等报道了“顺序囊膜结扎法”治疗3例巨大脐膨出^[4],受其提示,本组对1例缺损直径2.5 cm的小型脐膨出施行了脐带囊膜结扎术,先自囊膜远侧脐带基底部向腹腔推挤膨出小肠,依次结扎脐带至脐周皮肤缘,加压包扎,获得良好的治疗效果。现患儿已2岁6个月,脐部无异常,生长发育良好。作者体会,对缺损较小的脐膨出、囊膜完整、韧性良好者可试用此方法,则可免除手术修补。

患有脐膨出的新生儿大都营养状况较差,而且术后需持续胃肠减压,如营养状况差更易造成

创口难愈合,故在手术后需静脉补充营养及水电解质,本组病例在T、P、N方面做得还不够,还需进一步改进,以便更有效地提高治愈率。

参考文献

- [1] 伍连康, 余家康, 夏慧敏, 等. 危重型脐膨出[J]. 中华小儿外科杂志, 2000, 21: 30.
- [2] 王怡平, 余亚雄, 沈玉成, 等. 新生儿巨型脐膨出外科治疗探讨[J]. 中华小儿外科杂志, 1993, 14: 335.
- [3] 梁一行. 先天性巨大脐膨出的治疗分析[J]. 广州医药, 2002, 33(4): 53.
- [4] Hong A R, Sigalet D L, Guttman F M, et al. Sequential sac ligation for giant omphalocele [J]. J Pediatr Surg, 1994, 29: 413.
- [5] Tsakayannis D E, Zurakowski, et al. Respiratory insufficiency at birth: a predictor for infants with omphalocele [J]. J Pediatr Surg, 1996, 31: 1088.
- [6] 李水学, 韩振魁. 先天性脐膨出外科治疗体会[J]. 临床小儿外科杂志, 2004, 3(3): 217.
- [7] 余家康, 夏慧敏, 钟徽, 等. 巨大脐膨出治疗方案的选择[J]. 实用医学杂志, 2003, 19(3): 286.