维普资讯 http://www.cqvip.com

37—34 新生儿；胃壁肌缺损；穿孔；外科手术 1150809

局解手术学杂志 1994 年第 3 卷第 2 期总第 10 期

4 例新生儿先天性胃壁肌缺损穿孔的手术治疗体会

鞍山钢铁公司立山医院小儿外科 杨铁成 宋 野
放射线科 柴 松 严 月
（辽宁鞍山，邮政编码 114032）

R656.64

先天性胃壁肌缺损是小儿比较常见的一种消化道畸形，尤其是新生儿常因穿孔中毒而危及性命。我院自 1972 年至 1989 年间共收治 4 例（男 1 例，女 3 例），现将手术治疗体会报告如下。

临床资料

病例 1，女，体重 3. 6Kg，日龄二天，生后第 2 天晨 7 时表现反应差，哭声无力，呕吐；口唇发绀、腹胀，腹壁轻微发红，肝浊音界消失，X 线腹透见两侧膈下有游离气体，胃泡消失。诊断：胃肠穿孔，收治外科。当日上午 11 时手术，见胃前壁有 2 处豆粒大小穿孔，穿孔周围分别有 3×1. 5cm²；2. 5×2cm² 肌层缺损，腹腔有大量淡黄色脓性液，冲洗吸净，将穿孔缝合修补并用大网膜敷盖。术后第 4 天因肺炎而死亡。

病例 2. 女，体重 3. 2kg，日龄 3 天，住院号 80012，X 线号 04487。生后 3 小时表现呼吸困难，口唇轻度发绀以新生儿肺炎收治儿科。第 3 天晨 5 时发现面色灰白，吐白沫，反就差，腹胀、腹壁发红，X 线立位腹部平片见两侧膈下有游离气体，胃泡消失，腹腔有巨大液气面。诊断：胃肠穿孔，11 时 20 分转入外科手术。术中见胃前壁大弯侧有 3. 5×0. 3cm² 肌层缺损，其间有 5 米粒大小穿孔，腹腔有奶酪样物及脓性液，用温生理盐水冲洗干净，缝合修补，再用大网膜敷盖。于术后经持续胃肠减压，输血，输液及抗先治愈第 12 天出院。

病例 3，男，体重 3. 1kg，日龄 3 天，住院号 21935，X 线号 8797。生后窒息 20 分钟经人工呼吸恢复，2 天后表现呼吸急促，呕吐，以新生儿肺炎收治儿科。次日早 6 时发现拒乳，哭声无力，口唇青紫，腹胀，腹壁发红，X 线立位腹部平片见两侧膈肌明显抬高，腹腔有大量游离气体及大液气面。诊断：胃肠穿孔，当日 12 点转入外科手术。术中见胃前壁有 4×0. 5cm² 肌层缺损薄如纸但未穿孔，后壁大弯侧有 3×1cm² 肌层缺损，其间有 1. 2×0. 5cm² 穿孔，腹腔有大量乳白色奶汁及奶酪样物，经反复冲洗干净先将穿孔周围坏死组织切除然后缝合修补用大网膜敷盖，再将前壁肌层缺损处浆肌层折叠缝合加强。术后给静脉高营养疗法，持续胃肠减压 3 天及抗先治愈，第 14 天出院。

病例 4，女，系双胞胎早产儿，体重 2. 1kg，日龄 3 天，住院号：30676，X 线号：10252，生后体温不升，反应差以早产儿生活力低下收治儿科，第 3 天 6 时 30 分发现面色灰白，吐白沫，哭声无力并且突然腹胀，X 线立位腹部平片见右侧膈下有游离气体，腹腔有巨大液气面。胃泡增大。诊断：胃肠空孔，术中见胃前壁贲门下 1. 5cm 沿小弯侧至窦部有 6×0. 4cm² 肌层缺损，其间有 5cm² 裂口（穿孔）胃管进入腹腔，胃内及上腹腔有大量奶酪样物，下腹有大量胆汁样脓液。清除胃内容物，将胃管送回胃腔，用温生理盐水反复冲洗干净，切除裂口周围坏死组织，缝合修补，大网膜敷盖加强。术后放置保温箱护理，间断吸氧，持续胃肠减压，12 小时后因呼吸循环衰竭而死亡。

讨论与体会

一、关于病因：先天性胃壁肌缺损病因目前尚不十分清楚，可能与胚胎发育障碍有关，在胚胎发育第九周时开始出现斜形肌，随后才有纵形肌，若在此发育过程发生障碍，发育停顿即可形成胃壁肌缺损，但也有人认为是由于血管异常导致胃壁发育障碍引起肌缺损。穿孔多为自发性。当新生儿器叫吞咽空气过多及哺乳后胃迅速膨胀，使胃内压力增高，持续压迫胃壁这样便促使胃壁肌缺损处发生穿孔。再者，当基他病因引起小儿呕吐时，胃内压力突然增高也可使胃壁肌缺损处发生穿孔。

二、关于诊断：本组 4 例，术前均诊断为胃肠穿孔，主要根据病史，体检和 X 线检查。小儿生后一般在 24 小时内不给哺乳，仅少量给水，所以穿孔都发生在哺乳后。在哺乳的当日或次日如发现反应差，呼吸困难，突然腹胀时就要引起注意。

维普资讯 http://www.cqvip.com

骨科解剖学；骨；外科 11309(20)

新生儿腹壁薄，腹腔容积小，当腹腔有炎症时可表现腹壁红肿，当有游离气体和液体时便可出现占有据腹腔的巨大液气面（在此刻做 X 线检查显示十分清楚）。同时游离气体还可便膈肌升高严重影响肺部气体交换，患儿表现呼吸困难，口唇发绀。值得提出的是，在做 X 线检查时应注意有无钙化的影像以区别新生儿胎类性腹膜炎。

三、关于治疗、护理：以手术治疗为宜并且越快越好。对穿孔做缝合修补，外用大网膜敷盖。缝合前注意切除穿孔周围的坏死组织，冲洗腹腔，术后持续胃肠减压 3～4 天，选择有效的广谱抗生素，及静脉高营养，用纤细清洁的尿布对予防肺炎，硬肿症和压迫性溃病都很重要。若穿孔时间过长，特别是超过 6～12 小时再手术可导致腹腔感染中毒、死亡较高。Ream 发现穿孔发生在 12 小时以内者或活率为 42%，超过 12 小时者成活率为 25%，6 小时以内进行手术或活率 46%。因此我们体会：尽早诊断，尽早手术，修补确切，冲洗彻 底对挽救患儿性命十分重要。

（收稿：1989－12－27）

34—35

骨科解剖学研究的一些进展

承德医学院附院骨科 杜心如

解剖教研室 孔祥玉 张一模

（河北承德，邮政编码 067000）

602 R680.2

骨科解剖学是局解手术学的一部分，近年发展较快，现将有关的一些起研究进展综述如下，供同道参考。

一、皮瓣、肌皮瓣的应用解剖学研究

早期主要研究的重点在皮瓣血供方面，根据骨科手术的需要，发明设计了种类繁多的皮瓣，肌皮瓣及骨瓣等，但仍不能满足需要。非生理皮瓣如静脉皮瓣、超薄随意皮瓣等新型皮瓣使骨科修复进入了一个新阶段，有关的解剖学研究也随之展开。目前皮瓣的成活已基本解决，但多数皮瓣成活后感觉恢复不够理想，不耐磨，易溃烂，甚至形成久治难愈的创面等问题，所以如何恢复和建立皮瓣正常的感觉功能已成为亟待解决的课题。因之皮瓣的神经吻接、神经束植入相继开展，而有关皮瓣感觉方面的应用解剖学资料尚少，需进一步积累。

二、周围神经修复的应用解剖学

近几年围绕周围神经识别和再生这个问题进行了一系列研究，随着周围神经显微外科解剖学研究，功能束的鉴定及吻接、周围神经自然分束的解剖学研究已基本完善。利用肌、筋膜及静脉桥接治疗周围神经缺损的动物实验及临床应用已有大量报道，非生理性移植物如用硅胶管、碳纤维吻接神经缺损已开展，远期效果有待进一步观察，与此相关的应用解剖学及手术学方面的研究尚感不足，需进一步开展。变性骨骼肌、双神经植入及神经与肌肉联合桥接神经缺损是治疗周围神经缺损的一个新方法。目前对于神经的修复提出了细胞外科的概念，即在高度放大下（40 倍）观察神经的微小血管分布，在保护好神经血供的基础上采用可吸收缝合材料进行修复，使创伤减少最低程度，有利于神经组织的再生。带血管神经的肌束植入瘫痪肌肉治疗周围神经损伤是一种新手段，而针对这些新的手术方法所做的解剖学研究尚少。周围神经缺血时限、牵拉及损伤后相应神经元的变化、神经分支及相关神经支的变化（如尺神经受损后挠神经的变化）等问题尚待研究。MRI、CT 及电生理评价周围神经修 复的临床解剖学将是未来研究的热点。

三、介入治疗内窥镜技术

其在骨科的应用给解剖学研究开辟了广阔的前景，关节镜的应用，内窥镜松解腕横韧带治疗腕管综合征、经皮椎间盘穿刺髓核摘除术已广泛开展，但与之相关的解剖学研究未能跟上，结合当今治疗手段与方法而设计的解剖学研究尚少，传统的手术治疗及相关解剖学研究资料已不能满足新的要求，许多内容需要补充，骨科放射解剖学研究亦有许多新问题尚待解决。

四、骨科断面解剖学的研究

随着 MRI、CT、CTM 等先进诊断技术在骨