维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1996 年第 5 卷第 1 期总第 17 期

17 例新生儿急腹症的影像特点与手术体会

鞍山钢铁公司立山医院小儿外科 杨铁成

（辽宁鞍山，邮政编码 114032）

R726.561

新生儿急腹症以先天性消化道畸形多见，一经诊断应积极手术。自 1985 年以来我们收治各种新生儿急腹症 17 例，在诊察中发现其 X 线影像检查具有一定特点，现结合病案分析将新生儿急腹症的影像特点和诊治体会进行报告。

临床资料

一、一般资料：本组病例男性占 9 例，女性占 8 例。日龄：1～3 天，其中发病最早为生后 4 小时，最晚 71 小时，平均住院日为 14.5 天。

二、新生儿各种急腹症的分类及其 X 线影像检查特点，见附表。

附表：新生儿急腹症分类及 x 线影像特点

分类：	胃肠穿孔	膈疝	胎粪性腹膜炎	肠闭锁	肠旋转不良	肠套迭	肛门闭锁
例数：	5	2	1	3	1	1	4
腹部X线影像特点	横贯全腹腔的巨大液平面。	胸腔可见充气肠管呈“蜂窝状”改变	除可见巨大液平面外还有“钙化斑”改变。	左、右上腹出现“双气泡”或“三气泡”征	除可见“双气泡”征外，稀钡灌肠时发现回盲部位于左上腹部。	空气灌肠发现套迭处有“杯口”状改变。	生后 24 小时，倒立位可见气体位于直肠盲端。
占%：	29.4	11.8	5.9	17.6	5.9	5.9	23.5

三、治疗转归：本组病例全部经手术治疗，手术方式包括有胃、肠穿孔修补术，膈疝修补术，闭锁狭窄肠段切除术及肛门成形术等。结果被治愈 13 例，死亡 4 例（占 23.5%），术后经 3 至 10 年随访，治愈小儿生长发育正常。

讨论和体会

一、新生儿各种急腹症的 X 线影像特点问题：新生儿急腹症以先天性消化道畸形为多见。有人做过统计，先天性畸形占小儿外科疾病 50% 以上，而胃肠道畸形竟高达 9%。我们认为导致新生儿急腹症发生的病因主要是由于胎儿期发生的腹腔内脏畸形，其次为腹腔感染。但由于小儿与成人相比较在各系统等方面都存在有一定的差异，所以当发生各种急腹症时表现的症状和体征与成人也很不一样。从本组病案分析看，新生儿发生的一些急腹症在成人组是看不到的。例如胎粪性腹膜炎，先天性肠闭锁，肛门闭锁等等，由于这种特殊性的存在首先，便决定了新生儿急腹症的 X 线影像检查必然要具有一定的特点。此外，我们在工作中还发现既使新生儿与成人同患一种急腹症时，其 X 线影像检查的结果也不相同。例如：胃肠穿孔，当成人进行 X 线立位腹透时往往会发现胃泡消失，膈下有游离气体，腹腔内液平面却很少见。然而新生儿则不同，当进行此项检查时可发现腹腔内有横贯全腹的巨大液平面。又如十二指肠梗阻，新生儿的 X 线影像检查可发现“双气泡症”（左右上腹各有一液气泡改变），而成人却很少见

术后抬高患肢 20 度，24 小时后可下床活动。亦可在床上伸屈膝关节和踝关节活动或下肢肌肉交替抽动活动每日 3～5 次，每次 5～15 分钟，以预防下肢深静脉血栓形成，促进淋巴液及静脉血回流，减少肿胀。要避免下垂小腿不动或持久站立，以免影响回流造成肿胀。

（本文承我院顾问李本澄主任医师指导，特此致谢！）（收稿日期：1995—03—27）

维普资讯 http://www.cqvip.com

到，因此我们体会：新生儿的各种急腹症在进行X线影像检查时都具有一定的特点。如能掌握这些特点将有益于对新生儿急腹症的早期诊断和治疗，有利于提高新生儿的治愈率，降低病死率。

二、新生儿急腹症X线影像特点产生的原因分析：小儿不是成人的缩影，所以不能将一般成人的外科理论简单机械地用于小儿。我们分析新生儿急腹症的X线影像特点产生的原因认为，主要与新生儿的生理解剖特点有关。首先，新生儿的一些急腹症（如各种消化道畸形）在成人组一般是不会发生的，所以这些由消化道畸形所引起的急腹症构成了其X线影像检查的特点。其次，新生儿的某些急腹症在胎儿期就已发生，出生后才表现出症状和体征，如胎粪性腹膜炎（胎儿期发生了肠穿孔继而形成肠粘连），先天性膈疝（本身无疝囊，部分腹腔脏器在生前就长在胸腔），这些急腹症也形成了独有的X线影像特点。再者，新生儿的各个脏器无论在形态结构或生理功能等各方面都还发育不健全，还有一定差异，需要我们认真去鉴别，例如，新生儿的结肠带和脂肪垂都缺如，结肠袋也不明显，当进行X线影像检查很不易区分，往往需靠用灌肠药物的量来判断，由此可见我们不仅要掌握好新生儿急腹症的影像特点，还必须全面了解新生儿的生理解剖特点，这样才会正确诊断，及时治疗。

三、新生儿急腹症的诊治与手术体会：新生儿的防御和代偿机能很差，一旦发生了急腹症容易并发败血症，水电平衡失调和酸中毒，休克等，所以一经诊断应积极手术治疗，我们体会，手术尽量选择时间短，对小儿损伤小的术式，例如对胃肠穿孔，尽可能做修补术而不做胃大部切除或肠段切除术；对肛门闭锁尽量做到一次肛门成形等等，术后要加强护理每日给足够的热卡和氨基酸以保持正氮平衡，选用广谱抗菌素控制感染，预防各种并发症。

我们认为尽管新生儿急腹症的病程比较凶险，死亡率较高，只要做到早期诊断，尽快手术，做好围手术期管理，其疗效还是十分可观的。

参考文献 略

（收稿日期：1996—01—11）

原发性脾脏肿瘤手术治疗4例

南京市第一医院外科 **郑裕隆** **赵乾元**

（江苏南京，邮政编码 210006）

原发性脾脏肿瘤临床罕见，我院曾见4例，特简要报告。

例1. 男，56岁，突然持续腹痛30小时，自上腹延及全腹，伴恶心呕吐、畏寒、心悸、无外伤史。体检：BP13.3/10.7KPa，腹平软，全腹肌紧，压痛，反跳痛，有移动性浊音。腹腔穿刺获不凝血。血化验：Hb70g/L，RBC2×10^{12}/L，WBC12×10^{9}/L，N0.81、L0.19。术中见腹内积血1200ml，脾大12×12×10cm3，膈面不规则碎裂，包膜及实质均破损，作脾切除后愈。病检示脾血管瘤，肿瘤大约5cm，局部血管增多，管腔扩大充血，破裂，出血并炎性反应。

例2. 女，72岁，上腹不适8年，近半月增剧，伴进食阻塞感，腹胀，纳差。体检左上腹轻压痛，未扪及肿块。血化验：Hb96.8g/L，WBC6.5×10^{9}/L，N0.80、E0.01、L0.17、M0.02。钡餐检查见胃底大弯侧有6×3cm^2椭圆形、光整压迹，粘膜无破坏。B超示脾厚5.3cm，斜径9.9cm，光点均匀，脾内见4×3.2cm^2液性暗区，肝左右两叶各有1×3.2cm^2液性暗区数个。术中见肝大肋下3cm，有数个囊肿，大小3×2cm^2至1×0.5cm^2，脾肿大，上极有6×6×5cm^3囊性肿物，作脾切除后愈。病检示脾囊性淋巴管瘤及肝囊肿。

例3. 男，42岁，因车祸致左腰肋部及左臂疼痛，流血1小时。体检、神清，痛苦表情，烦躁不安，贫血貌，唇紫，血压测不到，脉细弱。全腹肌紧，压痛，反跳痛，左上腹尤著。腹腔穿刺得鲜血。软组织多处裂伤，摄片示左尺骨鹰嘴开放性骨折，左肋6～12骨折。尿呈粉红血色。剖腹见积血1000ml，脾粉碎，左肾横断，分别作脾及左肾切