DOI:10.16016/j.1000-5404.2001.08.005

[12] Hulla J E, Chen Z Y, Eaton D L. Aflatoxin B1 induced rat hepatic hyperplastic nodules do not exhibit a site-specific mutation within the p53 gene [J]. Cancer Res, 1993, 53(1): 9-11.

[13] Rivkina M B, Cullen J M, Robinson W S, *et al*. State of the p53 gene in hepatocellular carcinomas of ground squirrels and woodchucks with past and ongoing infection with hepadnaviruses[J]. Cancer Res, 1994, 54(20): 5 430-5 437.

[14] Pard U S, Su J J, Ban K E, *et al*. Mutations in the p53 tumor suppressor gene in tree shrew hepatocellular carcinoma associated with hepatitis B virus infection and intake of aflatoxin B1[J]. Gene, 2000, 251(1): 73-80.

[15] Lin D, Shields M T, Ullrich S T, *et al*. Growth arrest induced by wild-type p53 protein blocks cells prior or near the restriction point in late G_1 phase[J]. Proc Natl Acad Sci USA, 1992, 89(19): 9 210-9 214.

(编辑 郭建秀)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2001)08-0888-01

胸腹联体畸形儿分离术术前准备体会

Pre-operative preparation for surgical separation of thoracogastrodidymus

温恩懿,赵聪敏,刘晓蓉,王丽雁,廖 伟,于若谷,张雨平 (第三军医大学附属新桥医院儿科,重庆 400037)

我院于2000年8月为1例胸腹联体畸形儿成功地进行了分离手术,现将术前准备中的体会介绍如下。

1 病例介绍

孪生婴,男性,为32周胎龄胸腹部联体早产儿,母孕健康,第2胎,第2产,剖宫产,生时体重5.7 kg,生后无窒息及产伤,吃奶和反应可。生后45 d,在当地医院就诊后转入我院。查体:联甲:心率160次/min,呼吸54次/min,身长55 cm。联乙:心率160次/min,呼吸56次/min,体温37.3 ℃,身长54.5 cm。两婴体重6.2 kg,伴肺部感染。两婴面对。胸骨中、下段及腹部相联形成"体桥",周长38 cm,最大长径13 cm,最大宽径8 cm。共有一脐窝。全消化道钡餐:联体儿钡餐检查消化道未见互相交通。心脏彩超:联体儿心脏为独立器官(共一心包),联甲:动脉导管未闭;联乙:右室增大,房间隔平面分流,考虑房间隔缺损。腹部B超:共用肝脏,各有一胆囊。胸腹部螺旋CT平扫+增强:①联体儿胸腹相连,上缘起自支气管平面,下至髂嵴水平;②双侧心脏及肝脏相连,其中联乙(未增强)心脏部分突向联甲(增强)胸腔,增强扫描双侧心脏及肝脏强化度明显不同。③双婴各有双肾、脾脏,且不相连。心电图:不同步窦性心率。经特别护理,控制肺部感染等,一般状况好转,两婴体重增至9.35 kg。生后96 d成功和顺利地进行了联体分离术。

2 讨论

2.1 畸联概况

联体儿是同性别同染色体核型的单合子单绒毛膜双胎儿,通常认为畸形发生于囊胚期。联体儿的发生率约1/50 000,女性多于男性,比率为3:1。在联体儿中胸部联胎最常见(40%),依次为脐部联胎(33%),臀部联胎(19%),坐骨联胎(6%),颅部联胎(2%)[1]。本例属胸腹联胎(Thoracogastrodidymus),是非常罕见的一种畸联类型[1]。

2.2 明确解剖与畸形

明确解剖关系,查清畸形程度是术前准备的极重要的环节。我们采用全消化道钡餐、心脏彩超、心电图、胸腹部螺旋CT+增强扫描、腹部B超等检查。一个重要体会是胸腹联体检查的难度较大,主要是体位特别,协调困难,因此医护人员要密切配合,不厌其烦,放射科和超声科检查结果应相互参考和补充,方能提高其准确性。

2.3 为确保手术一期全层关腹创造条件

为了力保该患儿一期全层关腹,我们采用了如下两种手法:①手指捏压法[1,2]:操作者用拇指和其余四指分别放于体桥前和后由轻至重反复捏压体桥,每次操作15~30 min,每日3~6次。注意手法应轻柔,用力不宜过重,以患儿不啼哭为宜。②侧卧牵拉法:使患儿侧卧在特别设置的中间略凸起而两边为倾斜面的床上,依靠自身重力作用彼此牵拉,每2~3日对调侧卧体位。逐步达到手前拇指和其余手指捏体桥时可以对合,且两婴儿无明显不适反应和啼哭、睡眠时捏压亦不易惊醒为宜。

2.4 加强基础护理

本联体儿为面面相对联体早产儿,脏器发育不够成熟,免疫功能不足,易发生感染,而且联乙的心脏凸入联甲的胸腔内,每在联甲啼哭时使联乙心脏受压,出现呼吸困难,面色青灰及皮肤湿冷,并发生多次胃食道返流及误吸,因此防治肺部感染及个体化用药是个重要的问题。因此对护理要求较高,组建特护组并岗前培训显得非常重要。特别注意的是翻身与洗澡应有助手协助,还要注意防止感染、胃食道反流及相互抓伤[3]。

术前我们注意做到了上述各点,为成功和顺利地进行联体分离术奠定了较好的基础。

关键词:联体儿;胸腹联胎

中图法分类号:R726.19 **文献标识码**:B

参考文献:

[1] Spitz L. Conjoined twins[J]. Br J Surg, 1996, 83(8): 1 028-1 030.

[2] 赵聪敏 综述,崔守信 审校.联体儿概况[J].国外医学:儿科学分册,1997,24(4):17-19.

[3] Lafleur E A, Niesen K M. Breastfeeding conjoined twins[J]. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 1996, 25(3): 241-244.

(编辑 冷怀明)

作者简介:温恩懿(1973-),男,四川省内江市人,医师,主要从事新生儿疾病方面的研究。电话:(023)68755602

收稿日期:2001-01-25;修回日期:2001-04-01

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net