

低体重新生儿Ⅲ型先天性食道闭锁合并动脉导管未闭同期手术一例

· 病例报告 ·

吴 骏, 曹 辛, 杨仕武, 陈君如, 洪 伟

基金项目: 昆明市卫计委科研课题(编号:2017NS115)

作者单位: 650000 云南,昆明市儿童医院心胸外科

作者简介: 吴 骏(1971-),男,大学本科,医学学士,主任医师,研究方向:小儿心胸外科疾病的诊治。E-mail:1098937461@qq.com

通讯作者: 曹 辛(1961-),男,大学本科,医学学士,主任医师,研究方向:小儿心胸外科疾病的诊治。E-mail:coaxin@etyy.cn

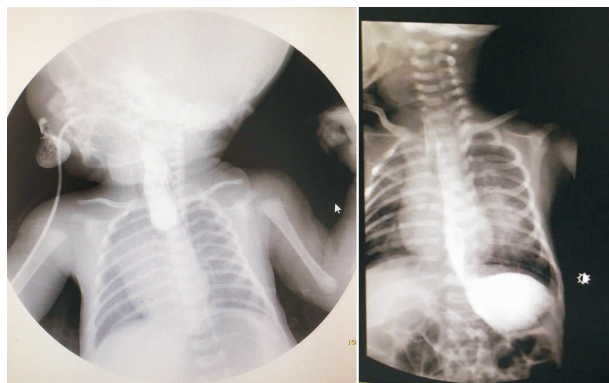
[关键词] 先天性食管闭锁合并动脉导管未闭; 低体重; 同期手术

[中图分类号] R 726.2 [文章编号] 1674-3806(2018)07-0706-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2018.07.23

1 病例介绍

患儿,女,6 d, G₁P₁,足月剖宫产,出生体重1.8 kg。出生后口吐白沫、喂奶后呛咳及气促,在外院考虑“新生儿肺炎、食道闭锁可能、先天性心脏病待排”后转入我院。入院后复测患儿体重为1.7 kg,给予食管碘油造影明确为食道闭锁,体检胸骨左缘第二肋间闻及粗糙收缩期杂音,患儿吸氧下呼吸50次/min、心率170次/min,心超检查明确诊断为动脉导管未闭(patent ductus arteriosus, PDA),导管直径为8 mm,明显左向右分流。完善术前准备,入院后第2天即行右后外侧胸膜外瘻口结扎及食管吻合术、左侧腋下直切口动脉导管结扎术。患儿首先取左侧卧位,右后外侧第四肋间切口,在胸膜外游离出奇静脉,将奇静脉下推显露出远端气管食管瘻并双道结扎瘻管,碘伏消毒远端食管,在经口置入胃管指示下游离出近端食管,V型切开近端食管,再次碘伏消毒近端食管,远近端食管相距1.5 cm,将远近端食管拉近,无张力下5-0缝线间断缝合食管,吻合2/3食管后,将胃管经吻合食管置入胃内,常规鼓肺后关闭右侧切口。患儿取右侧卧位,再次消毒后取左侧腋下直切口,同样胸膜外游离出动脉导管,测量动脉导管外直径约9.5 mm,做阻断试验确定为动脉导管,双道结扎未闭动脉导管,术后脉压差为20 mmHg,鼓肺后常规关胸,未放置胸引管。患儿手术顺利,术后当天复查床旁胸片无气胸,复查心超未见大动脉水平分流,安静时心率为130次/min。术后2 d顺利拔管撤机,术后7 d食管碘油造影无吻合口漏(见图1),给予进食,术后12 d切口愈合给予出院,出院体重2.5 kg。术后1个月复查(见图2),进食米粉无呕吐,食道造影无吻合口狭窄,体重为3.2 kg。



术前 术后
图1 术前、术后消化道造影片



①左侧腋下切口; ②右侧后外侧切口; ③术后1个月
图2 手术切口及术后1个月照片

2 讨论

50%先天性食道闭锁的患儿伴有其他畸形如Vater或Vacterl Association^[1],即多种畸形症候群,患儿有脊柱(V)、心脏(C)、气管-食管(TE)、肾(R)和辐射状肢(RL)异常,也使食道闭锁治疗更加复杂。此外,食道闭锁伴气管食道瘻多发生于低体重和未成熟儿^[2]。先天性食道闭锁是危及生命的严重畸形,应早期手术治疗。手术治疗效果与食管闭

锁的类型、出生体重、伴发畸形和肺炎的严重程度等因素有关^[3]。食管闭锁并不一定需作急症处理,术前对患儿进行危险度分级有利于临床制定合理的治疗方案及判断预后^[3]。Spitz 分级侧重于合并先天性心脏病的影响,该患儿我们按 Spitz 分级为Ⅱ级(体质量<1 500 g 或合并有显著心脏畸形,成活率在 60%)。现在食道闭锁及动脉导管未闭手术方式分为开放式手术和胸腔镜手术。根据国内情况,食管闭锁胸腔镜手术初学者应选择体质量 2.5 kg 以上、无合并严重先天性心脏病和重症肺炎、食管盲端距离在 2 cm 以内的患儿^[3]。该患儿我们选择开放式胸膜外手术,避免了放置胸引管。对有显著左向

右分流的症状性 PDA 进行治疗几乎是毫无争议的^[4]。该患儿符合症状性 PDA,我们给予同期手术治疗。

参考文献

1 谷兴琳,张儒舫.先天性食管闭锁的外科治疗[J].中华小外科杂志,1993,14(3):367-368.
2 杨星海,魏明发.先天性食道闭锁治疗现状[J].临床小儿外科杂志,2005,4(4):130-131.
3 夏惠敏.先天性食道闭锁诊断及治疗(专家共识)[J].中华小儿外科杂志,2014,35(8):623-626.
4 林云峰,杨长仪,陈涵强.早产儿动脉导管未闭诊治进展[J].中国新生儿杂志,2010,25(3):180-182.

[收稿日期 2018-02-11][本文编辑 杨光 and]

以急性心包填塞首诊的继发性
甲状腺功能减退一例

• 病例报告 •

余丽琼, 张 涛, 张爱东, 颜建龙, 康晚秋

作者单位: 510632 广州,暨南大学附属第一医院心内科
作者简介: 余丽琼(1992-),女,在读研究生,研究方向:心力衰竭的诊治。E-mail:2580455963@qq.com
通讯作者: 张爱东(1963-),男,医学硕士,主任医师,博士生导师,研究方向:心血管疾病的基础和临床研究。E-mail:zhangad1003@126.com

[关键词] 急性心包填塞; 继发性甲状腺功能减退; 垂体瘤手术
[中图分类号] R 581.2 [文章编号] 1674-3806(2018)07-0707-02
doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2018.07.24

1 病例介绍

患者,男,43岁,因“反复呕吐、纳差1月,伴胸闷1d”入院。既往于2个月前因“垂体腺瘤”行手术切除(见图1),术前甲状腺功能正常。患者1月前反复呕吐,伴纳差,予护胃等治疗后症状未缓解。1d前突发胸闷,晕厥1次,持续10min左右,伴意识障碍、大汗淋漓,查体血压76/51mmHg,全身湿冷、表情淡漠、颜面浮肿、毛发稀疏、颈静脉怒张、心界向两侧扩大、心率115bpm、心音遥远,余查体无异常。心电图示:ST-T改变,不排除急性下壁心肌梗死。心脏彩超示:心内结构未见异常,心包大量积液(见图2)。急行冠脉造影未见冠脉血管明显狭窄。考虑患者出现休克为急性心包填塞所致,急予心包穿刺术置管引流出250ml黄色积液。术后血压逐渐上升,症状改善。但仍精神倦怠。化验:白蛋白

31.8g/L,肌酐104.9umol/L,肌钙蛋白I0.052ug/L,N末端B型利钠肽原1878pg/ml,多次查血钠在114.5~130.5mmol/L,血氯在81.6~92.5mmol/L。下丘脑-垂体轴相关激素:促卵泡成熟激素1.11mIU/ml(正常值1.27~19.26mIU/ml),黄体生成素0.47mIU/ml(正常值1.24~8.62mIU/ml),泌乳素0.15ng/ml(正常值2.64~13.13ng/ml),睾酮0ng/ml(正常值1.75~7.81ng/ml),促甲状腺素0.23mIU/L(正常值0.49~4.91mIU/L),游离三碘甲腺原氨酸2.55pmol/L(正常值3.09~7.42pmol/L),游离甲状腺素3.44pmol/L(正常值7.64~16.03pmol/L)。血常规、结核杆菌DNA、肿瘤标志物、风湿组套未见异常,积液常规、生化、细菌培养、结核杆菌、肿瘤细胞均阴性。垂体MR示垂体瘤术后少许残留。诊断:垂体功能减退症并继发性甲状腺功能减退伴心