

·病例报告·

新生儿脾破裂3例

孙正香

(湖南省儿童医院,湖南长沙 410007)

[中国分类号] R722; R657.6⁺2 [文献标识码] E

例1,男,12 d,因阵发性哭吵24 h,伴面色苍白4 h入院。 G_5P_2 ,足月顺产,无外伤史。入院查T 34.3℃,R 33次/min,HR 136次/min,Bp 6.62/3.2 kPa,体重2.5 kg。浅昏迷状,面色嘴唇苍白。前囟平软,双瞳孔等大,光反射迟钝。双肺正常,心率136次/min,心音低钝。腹稍膨隆,全腹软,肝右肋下2 cm,脾未触及,肠鸣音消失。血常规:Hb 63 g/L,WBC $19 \times 10^9/L$,N 0.41,L 0.57,异淋0.02,RBC $1.65 \times 10^{12}/L$,BPC $73 \times 10^9/L$ 。腹片:普遍密度增高,肠气影少。血气(FiO_2 为0.23):pH 6.619, PaO_2 82.3 mmHg, $PaCO_2$ 19.4 mmHg, HCO_3^- 2.0 mmol/L,BE -35.1 mmol/L。腹穿抽出不凝固血液。予积极纠酸、输血、复温治疗,血压进行性下降死亡。尸解诊断:脾多发性海绵状血管瘤破裂、多发性脾包膜下血肿、腹腔内大量积血。

例2,男,6 d,因进行性面色苍白1 d,经当地输血治疗无好转入院。 G_1P_1 ,足月,有出生窒息史。入院查T 36℃,R 48次/min,HR 140次/min,Bp 7.6/4.6 kPa,体重3.5 kg。反应差,哭声小,面色嘴唇苍白。心肺正常,腹稍隆起,移动性浊音(+),肠鸣音消失。腹片:普遍密度增高,肠气影少。腹穿抽出不凝固血液。血常规:Hb 72 g/L,WBC $15 \times 10^9/L$,N 0.51,L 0.49,RBC $1.7 \times 10^{12}/L$,BPC $109 \times 10^9/L$ 。即输血、剖腹探查。术后诊断:肝脾破裂、腹腔内大量积血。术后因失血过多休克死亡。

例3,男,2 d,因腹胀、呕吐、面色苍白1 d入院。 G_1P_1 ,足月顺产,无外伤史。入院查:T 35℃,R 42次/min,HR 120次/min,Bp 8.4/4.7 kPa,体重3.6 kg。反应差,哭声弱,腹稍膨隆,肝脾未触及,肠鸣音

消失。腹片:普遍密度增高,肠气影少。腹穿抽出不凝固血液。血常规:Hb 78 g/L,WBC $16 \times 10^9/L$,N 0.6,L 0.4,RBC $1.8 \times 10^{12}/L$,BPC $105 \times 10^9/L$ 。即输血、剖腹探查,术后诊断:脾破裂、腹腔内大量积血。术中、术后各输同型血50 ml,术后予呼吸机支持2 d顺利撤机,住院11 d病愈出院。

讨论:新生儿脾破裂较为少见,早期诊断困难,而且因病情迅速加重,死亡率高。脾破裂分外伤性脾破裂和自发性脾破裂。新生儿脾破裂发生率仅次于肝破裂。在分娩过程中,任何外力作用于胎儿,如产道压力、牵引和手术操作所产生的压力,再加上骨盆狭窄、软产道僵直或胎儿较大等因素都可致脾脏损伤^[1]。自发性脾破裂是指无明确外伤史而发生的脾脏破裂,以病理性脾破裂多见^[1]。本组例1、例3为自发性脾破裂,例1为病理脾:多发性海绵状血管瘤,例3为正常脾。例2脾破裂伴肝脏破裂,与产道挤压、出生抢救操作有关。提高早期诊断水平、争取及时手术是提高成活率的关键。从上述病例中体会到凡遇原因不明的新生儿急性贫血时,应考虑到内脏损伤肝脾破裂的可能,在监测血压、血常规的同时,腹部体查很重要。在积极纠正休克与贫血的同时,尽快行腹部X摄片或腹部B超检查。腹穿抽出不凝固血液可确诊为内出血,应立即剖腹探查缝合修补止血,将有可能提高患者的成活率。

[参考文献]

- [1] 夏穗生,曹秀峰,姜洪池.现代脾脏外科学[M].南京:江苏科学技术出版社,2000,79-83.

(本文编辑:吉耕中)