

胎粪性腹膜炎 23 例临床分析

贾东亮 王涛 王亦进 张青 闫宪刚

(青岛市儿童医院外科 山东 青岛 266011)

[摘 要] 目的 探讨胎粪性腹膜炎的病因、临床特点及诊断治疗。方法 采用回顾性研究 通过对 23 例患者的临床分析 结合 X 线检查 来阐明其特点 并对其治疗进行分析。结果 胎粪性腹膜炎的病因以肠闭锁多见 , 占 30.4%(7/23) ; 其临床特征主要为 腹腔内钙化 大量纤维组织粘连 , 伴或不伴有假性囊肿形成 ; 手术治疗是有效的治疗方法。结论 肠闭锁是胎粪性腹膜炎的重要原因 ; 早期诊断 , 正确的手术方式 , 认真的术后护理是提高胎粪性腹膜炎存活率的关键。

[关 键 词] 胎粪性腹膜炎 病因 诊断 治疗

[中图分类号] R656.4⁺1 [文献标识码] A [文章编号] 1008-8830(2002)01-0033-02

Clinical Analysis of 23 Cases of Meconium Peritonitis

JIA Dong-Liang , WANG Tao , WANG Yi-Jin , et al.

Department of Pediatric Surgery , Qingdao Children 's Hospital , Qingdao , Shangdong 266011 , China

Abstract : **Objective** To study the causes , clinical characteristics , diagnosis and treatment of meconium peritonitis (MP) in infants. **Methods** The clinical data of 23 cases of MP was analyzed retrospectively. **Results** ① The most common cause of MP was intestinal atresia (30.4%). ② The main clinical characteristics of MP were intraperitoneal calcification , and fibrosis with or without pseudocystformation. ③ Surgery was the effective treatment. **Conclusions** Intestinal atresia is the most common cause of MP in infants. Early diagnosis , proper operative procedures and meticulous postoperative care are the important factors to increase the survival rate of patients with MP.

Key words : Meconium peritonitis ; Etiology ; Diagnosis ; Treatment

收集我院 1990~2000 年间收治的胎粪性腹膜炎 (meconium peritonitis , MP) 患儿共 23 例 , 本文对其病因、临床特点和诊断治疗加以探讨 , 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

23 例 MP 患儿 , 男 13 例 , 女 10 例。发病年龄 1 d~2 月 , 其中 21 例为新生儿 , 2 例为较大儿 (分别为 40 d 和 2 月)。

1.2 临床症状

病儿表现最多的是腹胀 , 同时有不同程度的呕吐。23 例患儿中 11 例为肠梗阻型 , 12 例为腹膜炎型 , 其中 7 例表现为弥漫性腹膜炎 , 5 例表现为胎粪性假性囊肿。2 例较大患儿表现为急性肠梗阻症状。23 例患儿经行腹部 X 线检查均发现有钙化斑块。18 例表现为肠梗阻或弥漫性腹膜炎的患儿行

消化道碘油造影检查发现 , 9 例为回肠梗阻 , 2 例为空肠远端梗阻 , 8 例为回肠穿孔 , 3 例为空肠穿孔。

1.3 手术方法及术中所见

23 例患儿均实行了剖腹探查术。术中发现所有患儿均有大量炎性纤维粘连带 , 累及肠管缺乏正常光泽 ; 12 例患儿发现有肠穿孔 , 占 52.3% , 3 例穿孔部位在空肠远端 , 8 例穿孔部位在回肠 ; 5 例有胎粪性假性囊肿形成。术中证实 4 例发生了回肠闭锁 , 3 例为空肠闭锁 , 1 例有回肠狭窄 , 1 例发生结肠扭转并穿孔 , 1 例发生阑尾穿孔 , 其余 13 例未发现明显的肠穿孔原因。本组患儿有 10 例只实行了粘连肠管松解术 , 其中 1 例死亡 ; 2 例患儿行假性囊肿置管引流术 , 其中 1 例死亡 ; 3 例因腹腔污染严重 , 行囊肿部分切除穿孔肠管外置术 , 无死亡 ; 7 例行穿孔肠管切除一期吻合术 , 其中 3 例死亡 ; 1 例行穿孔结肠造瘘术 , 未死亡。总的存活率为 78.2%。存活患儿术后 1~3 d 肠功能一般能够恢复 , 2 例患儿因

[收稿日期] 2001-05-16 ; [修回日期] 2001-10-24
[作者简介] 贾东亮 (1970-) 男 , 硕士研究生 , 医师。

肠麻痹较重于术后5 d恢复肠功能。

2 讨论

MP是新生儿常见的急腹症之一,是新生儿腹膜炎的常见原因。一般认为MP是在胎儿期由于某种原因所致肠道穿孔,胎粪进入腹腔引起的一种无菌性和化学性腹膜炎。胎肠发生穿孔的原因不是十分清楚。有学者认为,半数MP患儿肠穿孔有明显的病因,最常见的是肠闭锁以及其他消化道畸形,如肠扭转、肠套叠等^[1]。

本组资料显示发生肠穿孔的原因,4例为回肠闭锁,3例为空肠闭锁,1例为回肠狭窄,1例为肠扭转,1例为阑尾穿孔,共10例,其中肠闭锁占全部MP患儿的30.4%(7/23),提示MP的病因以肠闭锁多见。组织学上发现MP患儿穿孔肠管附近的肠壁肌层薄弱或肌层缺如,并推测是由于局部肠管缺血而导致肠壁肌层薄弱或缺如^[2]。近来较多学者认为MP肠穿孔与病毒感染有关,如甲型肝炎病毒和宫内细小病毒B₁₉感染^[3,4,5],并认为由于宫内B₁₉病毒感染,致使肠壁血管发生炎症而受损害,使肠壁缺血缺氧导致肠穿孔^[4,5]。亦有学者认为MP是一种常染色体隐性遗传病^[6]。总之,MP肠穿孔的病因尚不清楚,有待于进一步研究。

出生后有腹胀、呕吐、便秘等肠梗阻征象或有腹膜炎表现者,应想到有MP的可能,须为患儿行腹部X线检查。检查证实腹腔内有钙化斑块,即可确诊本病。一般认为腹腔内钙化斑块是MP的特征性变化,MP患儿均有此改变。但也有学者认为腹腔内没有钙化,也不能否定MP的诊断^[1],有时需要反复进行X线检查才能发现钙化斑块。本组23例患儿均发现有钙化斑块存在。有时钙化斑块可以位于身体多处,如腹部、阴囊、胸部等部位,有文献报道,睾丸鞘膜炎可以是MP肠穿孔的唯一表现^[7]。B型超声的应用,使得患儿出生前即可做出MP的诊断。产前B超检查发现胎儿有腹腔内钙化斑块及肠梗阻表现,即可诊断本病。有时B超检查可以对MP的病因做出明确诊断。有学者报道,一孕妇孕25周后反复行B超产前检查,发现该胎儿发生宫内肠套叠,引起完全性回肠梗阻而致发生MP^[8]。总之,对怀疑MP的患儿,经仔细的腹部X线检查发现有钙化斑块,即可做出诊断,经过正确的辅助检查如消化道造影或B超检查,可以在术前对MP做出病因诊断,以利手术进行。

MP病死率很高,在30%~50%左右^[1]。根据

MP的表现情况可行手术或非手术治疗。本组对23例患儿均实行了手术治疗。根据手术探查情况,10例患儿只实施了肠粘连松解术,2例患儿行假性囊肿置管引流术,3例因腹腔污染严重,行囊肿部分切除穿孔肠管外置术,7例行穿孔肠管切除一期吻合术,1例行穿孔结肠造瘘术。本组死亡5例,占21.7%,存活率为78.2%。我们认为对MP做出早期正确的诊断,正确的手术处理及术后治疗,是提高MP患儿存活率的关键。对于小肠穿孔,我们认为争取行一期切除吻合,尽量避免小肠造瘘,否则不但营养难以维持,创口及附近皮肤的护理也十分困难。对于结肠穿孔,多不主张行结肠一期吻合,我们认为最好行穿孔处结肠造瘘术,待情况好转后二期关闭造瘘口,尽量避免行穿孔修补术,因有再瘘的危险。此方法简单可靠,但需二次手术关闭造瘘口。对于肠穿孔修补术和结肠造瘘术应慎重应用,一般在穿孔肠管近端造瘘,如果发生肠坏死可行肠切除造瘘术,如果两端靠得较近行双腔造瘘,较远则封闭远端,近端单腔造瘘。术后应密切注意患儿的生命体征变化,持续胃肠减压,及时纠正酸碱平衡紊乱及水电解质失调,静脉应用高营养,控制感染,加强支持治疗,所有这些措施都能提高患儿的愈合能力,降低死亡率。

【参考文献】

- [1] 金百祥. 临床小儿外科学[M]. 宁夏:宁夏人民出版社,1989,135-137.
- [2] Tatekawa Y, Muraji T, Imai Y, et al. The mechanism of focal intestinal perforations in neonates with low birth weight[J]. *Pediatr Surg Int*, 1999, 15(8):549-552.
- [3] McDuffie RS Jr, Bader T. Fetal meconium peritonitis after maternal hepatitis A[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 1999, 180(4):1031-1032.
- [4] Zerbini M, Gentilomi GA, Gallinella G, et al. Intra-uterine parvovirus B19 infection and meconium peritonitis[J]. *Prenat Diagn*, 1998, 18(6):599-606.
- [5] Schild RL, Plath H, Thomas P, et al. Fetal parvovirus B19 infection and meconium peritonitis[J]. *Fetal Diagn Ther*, 1998, 13(1):15-18.
- [6] Chitayat D, Grisaru-Granovsky S, Ryan G, et al. Familial ileal perforation: prenatal diagnosis and postnatal follow-up[J]. *Prenat Diagn*, 1998, 18(1):78-82.
- [7] Salman AB, Karaoglanoglu N, Suma S. Abdominal, scrotal, and thoracic calcifications owing to healed meconium peritonitis[J]. *J Pediatr Surg*, 1999, 34(9):1415-1416.
- [8] Shimotake T, Go S, Tsuda T, et al. Ultrasonographic detection of intrauterine intussusception resulting in ileal atresia complicated by meconium peritonitis[J]. *Pediatr Surg Int*, 2000, 16(1-2):43-44.

(本文编辑 刘丽旭)