

· 临床经验 ·

新生儿自发性胃破裂的诊治与病因分析

牛之彬, 杨屹, 王常林

(中国医科大学附属二院儿外科, 辽宁省沈阳 110004)

[中图分类号] R722;R656.6⁺1 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2005)06-0543-02

新生儿自发性胃破裂是一种少见但十分严重的疾病,其死亡率较高。本报告回顾性研究我院儿外科1993年1月至2003年12月收治的23例新生儿胃破裂患儿的临床资料,讨论其诊断及治疗要点,以指导临床对该病及时正确的处理。

1 临床资料和方法

回顾性研究在我科治疗的新生儿自发性胃破裂患儿的临床资料,本组共23例,男20例,女3例。就诊日龄为1~9 d(平均5.2 d)。平均孕龄为36周。其胎龄、出生体重、有无窒息史及胃破裂的大小见表1。

表1 新生儿自发性胃破裂的临床资料及预后

		患儿(例)	死亡(例)	死亡率(%)
孕龄(周)	<37	8	6	(75.0)
	≥37	15	6	(40.0)
出生体重(g)	<2 500	8	5	(62.5)
	≥2 500	15	7	(46.7)
窒息史	有	9	6	(75.0)
	无	14	6	(42.8)
胃破裂大小(cm)	<2	7	2	(28.6)
	≥2	16	10	(62.5)

所有患儿均有喂养史,4例患儿在发病前24~48 h存在持续性哭闹及上腹胀等症状,其中2例因此行腹部X光检查,发现胃扩张明显(见图1)。所有患儿发病时均表现为拒乳及全腹膨胀,15例呼吸困难,21例呕吐,18例患儿肠鸣音消失。所有患儿就诊时均行腹部X光检查,在正立位平片上可见一横贯全腹的气液平面,在侧卧位平片上可见气体中腹聚集即“足球征”,同时胃影模糊或消失(见图2)。

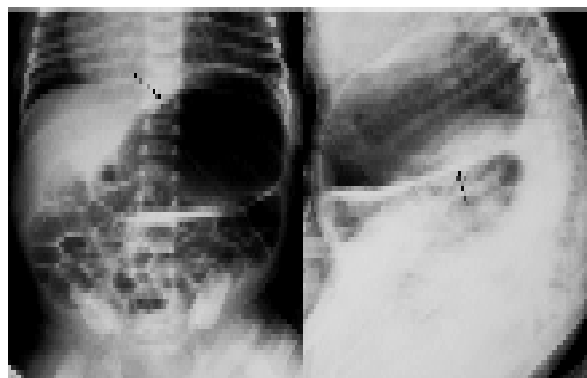


图1 患儿胃破裂发病前24 h腹部X光片显示胃泡的异常扩张(箭头指示)。

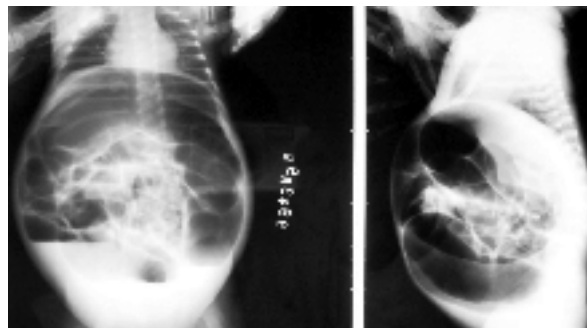


图2 胃破裂患儿发病后X光片显示气-液平面(正位片)及“足球征”(侧位片)。

存在高度腹胀的患儿入院后立即给予上腹部穿刺以尽快缓解其呼吸困难。所有的患儿均行手术治疗。脐上横切口,进入腹腔时可见明显的腹腔污染,胃破裂的部位往往易于发现,12例裂口位于近胃大弯侧,6例裂口位于近胃小弯侧,4例裂口于胃体部,1例裂口于近贲门处。裂口直径1~6 cm,裂口的边缘常常呈暗红色、缺血、破损。胃黏膜脱出于裂口处,外观上肌层的裂口往往大于黏膜裂口。20例患儿行裂口边缘切除,裂口缝合修补术;3例行胃部分切除术,术中以温生理盐水冲洗腹腔并置留腹腔

[收稿日期]2005-04-15;[修回日期]2005-06-12

[作者简介]牛之彬(1974-),男,博士,讲师。主攻方向:小儿畸形的矫正。

引流管。1例患儿在术中发现存在肠旋转不良,同时行 Ladd's 手术。

患儿术后送 ICU 病房治疗,留置鼻胃管行胃肠减压。采取积极的治疗措施,保温,扩充血容量,纠正电解质紊乱,应用广谱抗生素抗感染。8例患儿行病理检查,发现近裂口处肌层缺如。

本组死亡率达 52%。术后患儿往往会并发休克,肺炎及脓血症等致命疾病。

2 讨论

1825 年 Siebold 报道了第 1 例新生儿自发性胃破裂病例。此后许多学者报告并研究本病,但迄今为止,该病仍是新生儿外科极严重的腹部疾病,死亡率很高。新生儿自发性胃破裂的病因仍不清楚,许多学者认为先天性胃壁缺损是该病的首要病因。对于早产儿,怀疑其存在胃壁的先天性缺如或发育不良是一种合理的想法,同时,病理检查可以发现肌层的缺损也支持这种理论。本组研究中也可见同样的病理结果。但是,近来越来越多的学者质疑这一理论^[1], Shaw 等^[2]通过动物实验证明病理检查显示的胃壁肌层缺损是一种非特异性的表现,是由于胃内压增高造成胃壁机械性破裂后肌层的回缩所致。本研究中,4 例患儿于发病前曾出现上腹部膨胀等症状,其中 2 例行 X 光检查显示了胃的异常扩张,因此,由于胃远端梗阻或剧烈哭闹引起的胃内压力增大可能为新生儿自发性胃破裂的致病因素。Soong^[3]报道了 1 例与哭闹挣扎相关的自发性胃破裂并分析了其可能的机制:胃的过度扩张可形成“闭合环”现象而导致胃破裂。一些学者认为由于胃远端消化道的闭锁、束带、胎粪及肠旋转不良引起的梗阻造成的胃内压增高为新生儿自发性胃破裂的发病原因,本研究中即有 1 例存在肠旋转不良。除了上述情况之外,有认为^[4],小儿出生时窒息、缺氧等造成的应激反应均可造成消化道的血流灌注不足而引起坏死性胃肠炎,急性坏死性胃肠炎则可引起自发性胃破裂。

综上所述,新生儿自发性胃破裂的病因复杂,难以确切地找到单一的原因。早产、出生时窒息、应激反应、哭闹或消化道的远端梗阻均为可能的致病因素,这些因素可能在新生儿自发性胃破裂发病过程中均起一定的作用。

新生儿自发性胃破裂的典型临床表现包括:拒乳、呕吐及明显的腹胀,同时患儿的一般状态迅速恶

化。这时迅速进行腹部 X 光检查对于诊断该病十分重要。在 X 光平片上可以发现明显的气-液平面、气腹及胃泡影的模糊消失,因此新生儿自发性胃破裂的诊断并不困难。但由于该病较为罕见,许多临床医生不能及时地想到本病。在临床工作中应当重视早产儿,低体重儿和存在窒息史的患儿,他们为发生自发性胃破裂的高危群体。持续的哭闹,上腹部突然的膨胀可能为本病的先兆应予注意。对于怀疑存在胃破裂的患儿及时进行腹部 X 光检查十分必要。

迅速的手术治疗是挽救新生儿自发性胃破裂患儿生命的唯一措施。对于由于高度腹胀引起呼吸困难的患儿进行腹部穿刺减压可减轻呼吸困难而为抢救赢得时间。术中要注意保温,通常使用脐上横切口,切口要充分大以方便手术操作进而尽量减少手术时间。术中胃部裂口往往易于找到,但此时应注意探察其他肠道以免遗漏其他的畸形。行胃壁修补术时要充分切除裂口边缘的坏死组织,如裂口较大难以缝合应行胃部分切除术。

该病患儿术后往往会并发休克、电解质紊乱及感染,因此患儿术后需送至 ICU 病房进行积极的术后管理,应用扩容剂保持血容量,使用广谱抗生素,根据血气分析及时纠正电解质紊乱,可应用一些血管活性药物如多巴酚丁胺、多巴胺等以改善循环情况。

早产、低出生体重及存在窒息史的患儿往往在术后更易发生肺炎、脓血症及循环衰竭等并发症,而这些并发症均是致命的,因此这样的患儿有更高的死亡率。

[参 考 文 献]

- [1] Leone RJ Jr, Krasna IH. 'Spontaneous' neonatal gastric perforation: is it really spontaneous? [J]. J Pediatr Surg, 2000, 35(7):1066-1069.
- [2] Shaw A, Blanc WA, Santulli TV, Kaiser G. Spontaneous rupture of the stomach in the newborn: A clinical and experimental study [J]. Surgery, 1965, 58(9):561-571.
- [3] Soong WJ, Peng CS, Hwang B, Chin T, Wei CF. Stomach rupture associated with physical struggle in a child [J]. J Pediatr Surg, 1996, 31(12): 1686-1687.
- [4] Cobb BA, Carlo WA, Ambalavanan N. Gastric residuals and their relationship to necrotizing enterocolitis in very low birth weight infants [J]. Pediatrics, 2004, 113(1 Pt 1):50-53.

(本文编辑:吉耕中)