

新生儿特发性结肠穿孔3例报告

刘清茂, 梁军

(南皮县人民医院外二科, 河北 南皮 061500)

[中图分类号] R722 [文献标识码] E [文章编号] 1008-8830(2008)02-0263-01

新生儿期因各种原因所致的胃肠道穿孔并非少见, 往往病情严重, 死亡率高。穿孔的原因和部位术前不易明确, 早期更因缺乏典型的症状和体征, 常致使延误诊治。特发性结肠穿孔临床较为罕见, 本病系指无原发病、无外伤史、而结肠本身也无原发病变的穿孔。具备以下4个条件的结肠穿孔才属特发性结肠穿孔: ①穿孔部位肉眼看不到原发病变; ②肠管内无异物又无通过障碍; ③腹腔内无粘连、内疝; ④腹壁未受过直接外伤, 也无医疗损伤因素。本科2005年8月至2006年7月共收治经手术确诊的3例新生儿结肠穿孔患者, 分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组3例, 其中男2例, 女1例。入院时体重分别为3.4, 3.5, 4.5 kg。入院时日龄分别为3, 20, 21 d。早产儿1例, 产时有窒息史。发病后来院就诊时间分别为8, 30, 42 h。3例出生后均能正常进食母乳, 无代乳品喂养史, 大便正常。入院时3例均有高度腹胀、腹壁静脉怒张、呕吐(溢奶)、拒乳、阵发性哭闹。呼吸困难2例, 口唇紫绀1例, 均无腹泻、发热。3例腹平片均可见双膈下大量游离气体(图1)。血常规检查白细胞计数正常1例, 降低2例。

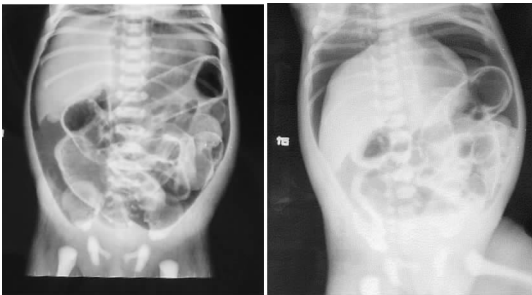


图1 腹部X线平片 双膈下可见大量游离气体。

1.2 穿孔部位及手术方法

盲肠穿孔1例, 横结肠穿孔2例。3例均经右腹直

肌探查切口入腹, 明确穿孔部位后修剪病灶边缘, 行穿孔修补术, 冲洗腹腔, 放置多孔引流管后结束手术。

1.3 转归

2例恢复良好, 术后7 d拆线, 无手术并发症, 随访6~8个月, 身体及智力发育如同龄儿。1例(早产儿)术后10 d死于多器官功能衰竭。

2 讨论

新生儿肠穿孔的病因及发病因素目前尚不十分清楚, 多数学者认为与以下因素有关: ①分娩过程中窒息, 致消化道管壁缺血, 吸入多量羊水及膨胀的消化管受产道挤压导致损伤; ②肠闭锁患儿, 出生后肠道液体、气体增多, 肠内压骤增; ③先天性消化道管壁肌肉发育缺陷; ④特发性穿孔<sup>[1]</sup>。本组3例出生后均能正常进食母乳, 大小便正常。发病后出现哭闹、拒奶等症状, 手术中亦未发现肠道畸形、肠管病变及粘连, 属特发性结肠穿孔。本研究发现, 患儿腹胀突然加重, 并出现气促、发绀、休克等病情危重征象, 肠鸣音减弱或消失, 气腹征阳性, 是消化道穿孔的主要临床表现。X线检查是诊断新生儿消化道穿孔的重要手段。不同体位的X线平片为首选检查方法, 膈下游离气体征象是决定保守治疗和手术治疗的指征之一<sup>[2,3]</sup>。腹腔穿刺见气体或粪汁亦可确诊。患儿一旦诊断确定, 应尽早手术。本组1例早产儿死亡, 与其免疫系统发育不全, 抵抗力低下及感染、休克致多器官功能衰竭有关。

[参考文献]

[1] 程东水, 孔令茂, 胡期敏, 马卫萍, 丁燕. 新生儿肠穿孔的临床处理探讨[J]. 小儿急救医学, 2005, 12(1): 62-63.  
[2] 唐子斐, 沈全力, 陈超. 新生儿胃结肠穿孔临床特点及预后分析[J]. 临床儿科杂志, 2006, 24(9): 740-742.  
[3] 朱翠平, 谢宗德, 马祖祥. 新生儿胃肠道疾病临床分析[J]. 中国当代儿科杂志, 2002, 4(1): 43-45.

(本文编辑: 吉耕中)

[收稿日期] 2007-02-09; [修回日期] 2007-05-25  
[作者简介] 刘清茂, 大学, 副主任医师。主攻方向: 小儿外科。