

新生儿先天性肠旋转不良伴小肠坏死出血1例

陈才, 王有玄, 胡文福, 吴丽萍

(民乐县妇幼保健站, 甘肃 民乐 734500)

[中图分类号] R722 [文献标识码] E [文章编号] 1008-8830(2008)05-0676-01

患儿,男,2 d,因便血4次,伴四肢凉,唇白3 h收住。患儿孕1产1,孕41⁺2周,母分娩前宫缩活跃,宫口开7~8 cm后,产程未见进展行剖宫产出生。胎盘、羊水、脐带未见异常,Apgar评分8分,体重3 200 g。于入院前1 d,患儿哭闹,呕吐1次,呈清水样物。于入院前3 h,大便出血,共4次量约150 mL,伴四肢凉、口唇苍白、面色发灰,在当地医院对症治疗,急诊收住我科。出生后排胎粪3次。体查:神清,哭声弱,无呻吟,面色灰,呼吸规则。全身皮肤黏膜稍黄染。前囟平坦,双眼球无凝视。口唇苍白,双肺呼吸音稍粗。心音低钝,律齐,心率180次/min。腹隆起,右下腹包块,可见肠型,肠鸣音弱。肝肋下2 cm,脾未触及。四肢末端冷,肌张力正常,原始反射可引出。入院诊断:新生儿出血症,失血性贫血,失血性休克。实验室检查:凝血酶原时间22.9 s,活化部分凝血活酶时间50.2 s。WBC $42.1 \times 10^9/L$,RBC $3.61 \times 10^{12}/L$,HGB 140 g/L,PLT $171.0 \times 10^9/L$,N 0.65,L 0.28,M 0.05。K⁺ 5.08 mmol/L,Na⁺ 149.00 mmol/L,Cl⁻ 105.80 mmol/L,Ca²⁺ 2.09 mmol/L。给予输血及全静脉营养等治疗,第3天呕吐两次,呈墨绿色水样物。腹部平片,左上腹见一巨大的液气平面,腹部肠管未见积气、扩张。钡灌肠:十二指肠降部以下小肠均未显影。考虑十二指肠降部梗阻,并行剖腹探查术,术中见中肠扭转,全小肠及结肠细小,肠系膜根部扭弯,部分空肠管充血、水肿、坏死,回盲部位于左上腹。切除空肠管达96 cm左右。术后诊断先天性肠旋转不良。空肠病理诊断:符合小肠发育不良伴出血坏死。共住院50余天后临床治愈出院。

讨论:肠旋转不良多发生于新生儿期(占74%)。其发病与胚胎期中肠的发育有关。主要出现十二指肠不完全梗阻症状。一般在生后3~5 d开始呕吐,生后有胎粪排出。腹胀不严重,多限于上腹部,偶见完全性梗阻。如有胃肠道出血,常提示肠

坏死,多为中肠扭转所致。腹部立位片,可看到胃和十二指肠扩大,有双泡征,空肠回肠萎瘪,下腹部只有少数空泡,显示一片空白。钡灌肠可确诊。^[1]

本病需与以下疾病鉴别:①肠闭锁:发生于肠管的任何部位,以回肠最多。主要由于胚胎发育阶段空化不全所致。为完全性肠梗阻,以呕吐、腹胀,无胎粪排出为主要症状。腹部平片可见、双泡征或三泡征,其他肠段不充气。②肠狭窄:多位于十二指肠,多数在生后即有不完全性肠梗阻表现,如多次呕吐,生后有胎粪排出,量少。腹部平片可见狭窄上端扩大的肠段,下端仅有少量气体充盈。③环状胰腺:为胰腺先天性发育畸形。主要症状为呕吐,一般均有正常胎便。腹部平片,可见双泡征,偶尔为单泡或三泡征。

上述消化道畸形有时可同时存在,或相互合并出现^[2~4]。

本病例有如下特点:①患儿男,2天,就诊时主要以便血为主,呕吐3次,出生后排胎粪3次。腹膨隆,右下腹可触及条索状物,可见肠型。②腹部立位片无典型双泡征,腹部肠管未见积气、扩张。钡灌肠示十二指肠降部以下小肠均未显影。临床上肠旋转不良,肠闭锁或狭窄,环状胰腺等消化道畸形均不排除。故采取了剖腹探查,以明确诊断,并行肠粘连松解、坏死肠切除吻合术,手术成功,患儿痊愈。

[参 考 文 献]

- [1] 李敏,王玮. 结肠造影对新生儿肠旋转不良诊断价值的探讨[J]. 中国新生儿科杂志, 2005, 20(5): 219-221.
- [2] 谭家泽. 多发性消化道畸形的诊治体会和教训[J]. 新生儿科杂志, 2000, 15(5): 222-223.
- [3] 魏艇,钟麟,刘文英,唐耘熈. 新生儿肠旋转不良致多发性肠闭锁一例[J]. 中国新生儿科杂志, 2005, 20(2): 86.
- [4] 李建民,马文. 新生儿肥厚性幽门狭窄合并肠旋转不良X线误诊分析[J]. 中国新生儿科杂志, 2006, 21(3): 178.

(本文编辑:吉耕中)