

· 经验交流 ·

251 例新生儿急腹症诊治体会

陈继惶 姜子非 谷兴琳

【关键词】 急腹症 / 诊断; 急腹症 / 治疗; 婴儿, 新生, 疾病

本院 2003 年 1 月至 2008 年 3 月收治新生儿急腹症 251 例, 其中 186 例经外科手术治疗。现分析其诊治经验, 报告如下。

临床资料

一、一般资料

本组男 164 例, 女 87 例, 年龄 1 h 至 3 个月, 体重 1.4 ~ 5.2 kg。主要表现为呕吐、腹胀、腹壁红肿、便秘、血便或无胎便排出。病种分布: 先天性腹裂 8 例, 先天性脐膨出 10 例, 胃壁肌层缺损 3 例, 肠闭锁 11 例, 肠旋转不良 7 例, 环状胰腺 2 例, 胎粪性腹膜炎 2 例, 坏死性小肠结肠炎 (NEC) 8 例, 粘连性肠梗阻 1 例, 畸胎瘤包裹空肠 1 例, 特发性回肠穿孔 2 例, 幽门闭锁 1 例, 肥厚性幽门狭窄 50 例, 膈疝 1 例, 肛门直肠畸形 25 例, 肛门狭窄 4 例, 先天性巨结肠 (HD) 62 例, 急性肠套叠 19 例, 嵌顿性腹股沟斜疝 34 例。其中合并重度营养不良 3 例, 缺血缺氧性脑病 5 例, 休克 18 例, 吸入性肺炎 21 例, 多发畸形 23 例。

二、诊治方法

置暖箱, 建立静脉通道, 胃肠减压, 行血、尿常规、血生化、血气分析、肝功能及凝血功能检查, 判断患儿脱水情况、营养状态、电解质及酸碱失衡以及是否合并感染等。影像学检查以腹部 X 线片为主, 包括腹部立位平片、平卧侧位片、倒立位片、钡灌肠及胃肠道造影。凡腹胀而无血便者, 常规行清洁灌肠。

明确诊断后根据病情行紧急手术或限期手术。术中通过提高室温、使用变温水毯保持体温。麻醉均为气管插管静脉吸入麻醉。术式包括腹壁修补术、胃壁修补术、十二指肠肠菱形吻合术、十二指肠-空肠侧侧吻合术、Ladd's 术、肠切除肠吻合术、畸胎瘤及部分肠切除术、幽门成形术、幽门环肌切开术、

膈疝修补术、会阴肛门成形术、腹会阴肛门成形 + 瘻管结扎术、巨结肠根治术肠套整复术、斜疝修补、肠切除肠吻合及坏死睾丸或卵巢切除术、肠造瘘术。术后均送重症监护病房, 使用呼吸机辅助呼吸以及静脉营养支持等治疗。

三、结果

全组治愈 240 例; 术后放弃治疗 2 例; 死亡 9 例, 死亡原因包括中肠坏死、呼吸衰竭、多器官功能衰竭、肠痿、全身炎症反应综合征、休克及多发畸形。并发症: 肠粘连 2 例; 大便失禁 1 例; 小肠结肠炎 5 例。治愈患儿随访 3 ~ 6 个月, 饮食、排便正常, 生长发育良好。

讨 论

新生儿急腹症是一类高危疾病, 病死率较高, 这是因为新生儿组织器官尚未发育成熟, 对外界的适应能力及对疾病和手术的耐受能力差, 围术期处理是手术成功的重要一环。

一、围术期处理要点

新生儿手术最易出现的并发症是硬肿症, 新生儿体温调节中枢发育不完善, 体表面积相对较大, 术中身体暴露、散热, 易引起低体温, 导致硬肿症。围术期保暖、补充体液和热量、使用 VitK₁、VitE 可防治硬肿症。加强围术期呼吸、循环功能支持, 术后使用呼吸机辅助呼吸和血管活性药物改善循环功能, 可以防治呼吸窘迫综合征和低氧血症。术后早期应进行胃肠外静脉营养, 也可放置空肠营养管早期开展肠内营养。

二、HD 的诊治教训

病例 1, 男, 2 周, 因发热、腹泻, 反复发作, 以肠炎治疗 1 个多月, 存在重度营养不良, 经进一步检查, 诊断为 HD 合并小肠结肠炎, 予清洁灌肠及静脉营养治疗, 在小肠结肠炎基本控制后行巨结肠根治术, 术后 1 个月再次出现小肠结肠炎就诊。体查: 肛门吻合口无狭窄, 但停止回流灌肠便出现腹胀, 腹

泻,发热。予试探性部分内括约肌切除术,病情很快得到控制。教训:①误诊,因患儿年龄小,便秘史不突出,以腹泻为第一症状入院,忽视了 HD 的存在;②手术时直肠背侧纵形劈开应至齿状线上 0.3 cm 处,即吻合口后壁距肛门 2 cm 左右,若距离肛门偏高,易发生内括约肌痉挛。

病例 2,男,1 周,以腹胀、呕吐入院,内科保守治疗 1 周无效。X 线腹部立位片提示肠梗阻,钡灌肠提示结肠直径正常。行剖腹探查术,术中见回肠末端约 10 cm 长狭窄,近段回肠扩张,结肠正常,于回肠粗、细交界处作纵切横缝成形术,肠梗阻缓解,出院 2 个月后再发生肠梗阻,行肠粘连松解术,术后 2 周肠粘连复发,行回肠狭窄段及回盲部切除、回肠-升结肠端端吻合,术后仍腹胀,切除肠管组织送病理检查,诊断为全结肠无神经节细胞症(TCA),半年后行 Martin 术痊愈。教训:TCA 病变常累及到全结肠及回肠 30 cm 以内^[1],少数经最初的肠梗阻期后,可有几周,甚至几个月的“缓解期”,X 线钡灌肠见全部结肠僵直,直径正常或小于正常^[2]。本例教训在于对 TCA 缺乏认识,以致误诊而行徒劳的手术。

三、NEC 的诊治教训

病例 3,男,5 d,腹胀、少量血便。体查:腹胀,见肠型,腹壁红肿透亮,肌紧张,腹部压痛,肠鸣音低,腹部 X 线片提示全小肠结肠积气,考虑为腹壁蜂窝组织炎、麻痹性肠梗阻。予抗炎治疗,3 d 后复查腹部 X 线片提示上腹部肠腔积气,下腹部及盆腔不见含气肠管,以肠梗阻行剖腹探查术。术中见回肠末端约 30 cm 至结肠脾曲坏死穿孔,降结肠和乙状结肠均有散在斑片状坏死灶。手术切除穿孔肠管,回肠、降结肠并造瘘,6 周后行关瘘术,见降结肠和乙

状结肠狭窄呈条索状,乙状结肠仅保留了 6 cm。教训:①对 NEC 认识不足,NEC 临床表现多样,该患儿以肠梗阻表现为主,结合 X 线腹部平片检查小肠、结肠广泛积气和肠壁积气,应诊断为 NEC。②对新生儿腹膜炎缺乏认识,新生儿腹壁薄,当并发腹膜炎发生腹壁水肿时,前腹壁有发红透亮的体征。③新生儿肠坏死、肠穿孔时腹部 X 线片不一定显示隔下游离气体,当 NEC 患儿出现腹膜炎体征时应高度怀疑肠穿孔的可能。

四、腹腔间隔室综合征(ACS)的诊治教训

作者早期应用呼吸机辅助呼吸、肌松剂、TPN、腹壁补片扩大腹腔容积等措施预防新生儿腹壁缺损术后 ACS 的发生,效果显著,无一例手术死亡^[3]。然而,还是存在认识不足的情况,本组 2 例肠套叠、1 例肠扭转、1 例嵌顿性斜疝均因术前肠梗阻时间长、肠腔内出血、休克、术后全身炎症反应综合征引发毛细血管渗漏综合征导致后腹膜和腹膜腔大量渗出及腹膜水肿、肠麻痹和肠腔内液体潴留,腹腔压力急剧升高而至 ACS,最终死于多器官功能衰竭。因此对于肠梗阻、肠坏死有肠缺血再灌注损伤可能者,预先置腹腔负压引流管、肠造瘘、呼吸机辅助呼吸、使用肌松剂、液体复苏,必要时延迟关腹或腹腔透析等可有效防治 ACS 的发生。

参考文献


- 1 王果,李振东.小儿肛肠外科学[M].中原农民出版社,1999. 495.
- 2 施诚仁.新生儿外科学[M].上海科学普及出版社,2002.569-571.
- 3 姜子非,徐旭军,贺早.巨型脐膨出的治疗探讨[J].中华小儿外科杂志,2005,5:279-280.

·编者·读者·作者·

计量资料中有效数字的确定

有效数字是在测量中所能得到的有实际意义的数字。一个由有效数字构成的数值,只有末位数字是估计数字,其余各位数字都是准确的。有效数字与测量仪器的灵敏度有关。以天平称重为例,如果天平的灵敏度为 0.1mg,那么称重结果 12.34mg 中,12.3mg 为准确数字,0.04mg 为估计数字,2 项合在一起组成有效数字。均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)的位数,除了决定于测量仪器的精密度外,还决定于样本内个体的变异,一般按标准差的三分之一来确定,例如:3.61 \pm 0.42,标准差的三分之一为 0.14,标准差波动在小数点后第 1 位上,故应取到小数点后第 1 位,即 3.6 \pm 0.4,过多的位数并无意义。但是在一系列数值并列时,小数点后的位数应一致。例如在 3.61 \pm 0.42、5.86 \pm 0.73、2.34 \pm 0.15 这样一组数据中,第 3 组数据标准差 0.15 的三分之一为 0.05,在小数点后第 2 位,则这组数据的有效位数可取到第 2 位。

251例新生儿急腹症诊治体会

作者: [陈鑑煌](#), [姜子非](#), [谷兴琳](#)
作者单位: [常州市儿童医院外科](#)
刊名: [临床小儿外科杂志](#) 
英文刊名: [JOURNAL OF CLINICAL PEDIATRIC SURGERY](#)
年, 卷(期): 2008, 7 (4)
被引用次数: 0次

参考文献(3条)

1. [施诚仁](#) [新生儿外科学](#) 2002
2. [王果](#); [李振东](#) [小儿肛肠外科学](#) 1999
3. [姜子非](#); [徐旭军](#); [贺早](#) [巨型脐膨出的治疗探讨](#) [期刊论文]-[中华小儿外科杂志](#) 2005 (05)

相似文献(10条)

1. 期刊论文 [巩艺](#), [陈庆平](#), [赵松](#), [李娟](#) [系统性红斑狼疮伴发急腹症21例临床分析](#) -[陕西医学杂志](#)2010, 39 (10)
目的:总结系统性红斑狼疮(SLE)伴发急腹症的临床特点、诊断与治疗. 方法:对21例SLE伴发急腹症患者的临床资料进行回顾性分析. 结果:临床诊断为急性胰腺炎、急性腹膜炎、假性肠梗阻、肠梗阻、消化道穿孔、上消化道出血、急性阑尾炎、急性胆囊炎、急性胃肠炎、肠系膜血管炎等. 对11例施行手术探查, 其中6例(54. 54%)腹腔内无明显病灶. 治疗或手术后, 18例好转, 2例死亡, 1例放弃治疗死亡. 结论:SLE伴发急腹症与外科急腹症难以鉴别, 提高认识、多学科会诊可减少误诊或漏诊. 如无肠坏死、胃肠穿孔、严重腹腔感染、脓性腹腔积液, 不宜轻易手术探查.
2. 期刊论文 [张国辉](#), [徐传臻](#), [傅勇](#), [刘文明](#), [闫宏山](#), [崔光怀](#) [幼儿暴发性紫癜1例](#) -[临床小儿外科杂志](#)2008, 7 (4)
[幼儿暴发性紫癜](#)(purpura fulminans, PF)是一种临床罕见病, 常危及患儿生命. 本院近期收治1例, 现报告如下.
3. 期刊论文 [李良科](#), [任劲松](#) [急腹症187例诊治体会](#) -[医学临床研究](#)2008, 25 (8)
[目的]总结急腹症诊治经验. [方法]收集2004年3月至2007年10月本院急腹症患者187例, 总结其病种、误诊及死亡情况等. [结果]187例急腹症患者, 手术146例, 保守治疗41例;治愈173例, 好转8例, 转院1例, 死亡5例. [结论]处理急腹症患者时, 应树立整体的观念, 仔细、动态观察分析病情变化, 明确诊断, 因病施救, 才能维护患者的最大利益.
4. 期刊论文 [朱健](#), [陆妹娟](#), [范然](#), [刘瑞文](#), [冯浩](#) [急腹症的诊断与治疗体会](#) -[中国误诊学杂志](#)2008, 8 (12)
目的:探讨急腹症的诊治体会. 方法:回顾性分析、总结本人工作中所遇到急腹症的临床资料. 结果:急腹症涉及面广、容易误诊造成不良医疗后果. 结论:认真询问病史、体格检查、实验室检查、鉴别诊断, 是正确诊断急腹症的基础. 有了正确的诊断, 给予正确的治疗, 对于患者转危为安、减少医患纠纷意义重大.
5. 期刊论文 [魏力](#), [赵巍](#), [张岩](#), [郝凤英](#) [腹腔镜技术诊治妇科急腹症87例分析](#) -[中国误诊学杂志](#)2009, 9 (15)
目的:探讨腹腔镜技术在妇科急腹症诊断、治疗中的临床价值. 方法:2006-02/2008-06应用腹腔镜技术诊治妇科急腹症87例, 其中异位妊娠52例, 卵巢黄体破裂11例, 巧囊破裂6例, 卵巢囊肿蒂扭转8例, 急性盆腔炎、输卵管卵巢脓肿10例. 结果:87例中, 漏诊1例, 术中纠正诊断2例. 术中确诊率和手术成功率均为98. 85%, 无中转开腹、术后并发症. 结论:妇科急腹症在腹腔镜下以其兼有诊断和治疗的三重作用而显示它的优势, 具有很好的临床应用价值.
6. 期刊论文 [李基伟](#), [吴学东](#), [李爱民](#), [杨利杰](#), [鞠春慧](#), [孟飞龙](#) [腹型过敏性紫癜并发外科急腹症的诊断与治疗](#) -[临床小儿外科杂志](#)2007, 6 (6)
目的 探讨腹型过敏性紫癜并发外科急腹症的诊断与治疗经验. 方法 回顾性分析16例腹型过敏性紫癜患儿的病例资料. 结果 16例腹型过敏性紫癜患儿中, 2例因并发外科急腹症接受手术治疗, 术中见腹腔混浊血性积液、肠管广泛出血斑点, 其中1例小肠坏死行肠切除肠吻合术. 2例均康复出院. 随访1年, 患儿各项随访指标均正常. 结论 诊治过敏性紫癜过程中出现外科急腹症时应积极采取措施, 及时手术治疗.
7. 期刊论文 [刘海顺](#) [老年人急腹症323例分析](#) -[中国误诊学杂志](#)2006, 6 (15)
对我科近3 a来收治的老年人急腹症患者323例分析如下.
1 临床资料
本组男193例, 女130例, 年龄60~92岁, 手术136例. 肠梗阻占首位, 86例, 手术35例, 其次为阑尾炎78例, 手术60例, 再次为胆道疾病73例, 手术21例, 胰腺炎42例, 手术1例, 胃十二指肠穿孔21例, 手术18例, 其他如腹腔内出血、急性肠系膜缺血、腹主动脉瘤等共23例, 其中肝脾破裂致腹腔内出血手术2例, 急性肠系膜缺血手术2例.
8. 期刊论文 [龙仁平](#), [李启荣](#), [李树松](#), [LONG Ren-ping](#), [LI Qi-rong](#), [LI Shu-song](#) [小儿外科急腹症132例诊治分析](#) -[临床小儿外科杂志](#)2006, 5 (6)
急腹症是普通外科的一种常见病种, 有起病急、进展快的特点, 常需立即做出判断, 确定是否需要急诊手术. 小儿急腹症在诊断上与成年人不大相同. 2003年1月~2005年12月, 我院共收治14岁以下小儿急腹症病例132例, 现就其诊治分析如下.
9. 期刊论文 [张庆锋](#), [李学雄](#), [阿里木](#) [小儿急腹症86例的诊治体会](#) -[临床小儿外科杂志](#)2002, 1 (4)
目的探讨鉴别小儿内科、外科急腹症的临床表现在诊治方面的意义. 方法回顾分析1997年~2000年86例小儿急腹症的临床表现、诊断及治疗结果. 结果本组基本上为小儿外科急腹症, 1例肠套叠因延误治疗, 术后死亡. 1例术中证实为肠系膜淋巴结炎, 实施了不必要的手术, 其他均治愈. 结论全面、反复、动态观察是正确鉴别小儿内、外科急腹症并做出正确诊治的关键.
10. 期刊论文 [薛宝军](#), [廖煜](#), [杨玉伦](#) [腹腔镜在诊断不明的外科急腹症中的应用54例分析](#) -[中国误诊学杂志](#)2007, 7 (20)
目的:探讨腹腔镜技术对术前诊断不明的外科急腹症诊断与治疗价值. 方法:对54例术前未能明确诊断的急腹症患者采取腹腔镜探查, 进行诊断并予以治疗. 结果:54例均得到明确诊断并得到及时治疗. 结论:对诊断不明的外科急腹症进行腹腔镜探查是一种行之有效的办法, 可减少阴性和非治疗性剖腹探查.

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_lcxewkzz200804034.aspx

授权使用: 黔南民族师范学院 (gnnzsfxy), 授权号: 1eb63b1e-860c-4bb1-b908-9ed40106cacc

下载时间: 2011年4月29日