

## · 临床研究 ·

## 低出生体重儿先天性消化道畸形的围手术期处理

刘丰丽 张宏伟 曾战东 李世宪

**【摘要】 目的** 回顾性分析近 10 年来收治的低出生体重儿先天性消化道畸形围手术期处理情况,以在提高治愈率的同时,降低致残率,提高患儿的生活质量。**方法** 对 153 例 1.3~2.35 kg 低出生体重儿先天性消化道畸形,采取系统化的围手术期管理措施。**结果** 153 例中,死亡 15 例,11 例家长于术后 1~3 d 放弃治疗,签字出院,其余患儿均痊愈出院,治愈率达 83.01%。**结论** 低出生体重儿先天性消化道畸形严重威胁患儿生命安全,需外科手术紧急救治,围手术期管理很重要。诊治及时合理,可有效地提高治愈率。

**【关键词】** 胃肠道/畸形;手术期间;婴儿,新生

新生儿先天性消化道畸形常以消化道梗阻和进食困难为主要表现,严重威胁新生儿的生命安全,绝大多数需进行急诊外科手术治疗,否则难以存活,影响患儿生活质量。目前低出生体重新生儿或早产儿先天性消化道畸形越来越多,这些患儿器官功能发育不成熟,易合并多发畸形,对临床诊断和治疗的要求越来越高。作者近 10 年来收治低出生体重儿先天性消化道畸形 153 例,现报道如下。

## 资料与方法

## 一、临床资料

153 例中,男 108 例,女 45 例,体重 1.3~2.35 kg,其中 137 例为早产儿。1 对双胞胎男婴为先天性胃壁肌层缺损,1 对双胞胎女婴为美克尔憩室穿孔。先天性胃壁肌层缺损 28 例,十二指肠梗阻 52 例,肠闭锁 45 例,食管闭锁 15 例,肛门闭锁 9 例,美克尔憩室穿孔 4 例。

## 二、入院后处理

入院后尽量避免过多搬动,立即置暖箱,禁食,予胃肠减压,选择合适的抗生素,采用全合一静脉营养输液,维持水电解质平衡及必须的营养和热卡,作必要的术前准备。

## 三、治疗方法

对先天性胃壁肌层缺损患儿行缺损修补术,对食管闭锁患儿行经胸膜外食管端端吻合术,对美克尔憩室穿孔患儿据腹腔污染情况行憩室切除回肠造

瘘术或肠吻合术。对十二指肠梗阻患儿行菱形吻合术,对肠闭锁患儿行端背吻合或端端吻合术,对肛门闭锁患儿根据不同位置采用前矢状切口或腹会阴肛门成形术。

## 四、术后处理

患儿术后均入 NICU,予呼吸支持,禁食,保持有效胃肠减压,保温,心电监护,低流量吸氧,全合一静脉营养,间歇输入血浆或白蛋白,选用二联或三联抗生素等处理。根据患儿病情,待患儿自主呼吸恢复、生命体征平稳后转回新生儿外科,术后 5~7 d 拔除胃管,试喂糖水,并逐渐增加喂奶量,待过渡到正常哺乳时出院。

## 结 果

153 例患儿中,放弃治疗 11 例,死亡 15 例,其余 127 例存活,治愈率约 83.01%。死亡病例中,6 例为胃壁肌层缺损,1 例为美克尔憩室穿孔合并感染性休克和多器官功能衰竭,1 例为肠闭锁术后吻合口瘘,5 例为食管闭锁伴发严重肺炎及复杂心脏畸形,1 例为肛门闭锁合并泌尿系统和心脏畸形,1 例为十二指肠隔膜术后吻合口梗阻反流误吸。死亡病例均就诊时间较晚。

## 讨 论

先天性消化道畸形是目前新生儿外科病房主要收治病种,也是常见的畸形之一,通常为低出生体重儿或早产儿,患儿各器官功能发育不完善,易合并其它畸形。特别是极低体重儿术后更易发生早产儿并

发病,如脑室出血、感染、硬肿、代谢紊乱、动脉导管开放,严重威胁患儿生命安全<sup>[1]</sup>。

治疗上,应做好充分的术前准备,禁食,保持有效的胃肠减压,维持水电解质平衡,给予静脉营养,置暖箱,避免过多搬动,必要时吸氧,以让患儿逐渐适应外界环境。美克尔憩室穿孔和先天性胃壁肌层缺损患儿由于大量毒素吸收,多合并严重的中毒休克、水电解质平衡紊乱,应在术前尽量纠正,待一般情况好转后尽早手术。食管闭锁患儿由于食管不通或有食管气管瘘,肺部情况较差,应随时吸出食管盲端和呼吸道的分泌物,保持呼吸道通畅,其成活率取决于是否存在合并畸形及其严重程度<sup>[2]</sup>。

其次,术中操作应轻柔细致,避免粗暴造成不必要的损伤,避免将肠管翻来翻去,或者暴露时间过长,导致肠蠕动恢复慢,且有增加肠粘连的风险。吻合应以单层为主,以免双层吻合使得本来很细的肠管人为造成吻合口狭窄,尽量采用可吸收无损伤缝合线,且吻合口一定要做大,尽量避免出现吻合口狭窄或者吻合口瘘,十二指肠梗阻和肠闭锁患儿应注意有无合并多发畸形,并警惕肠腔压力增加带来的高胆红素血症。术中应持续使用循环热水毯保温,防止低体温带来的各种并发症<sup>[2]</sup>。

术后应置监护室,由新生儿外科与 NICU 密切配合。营养支持是新生儿外科畸形早期干预和治疗

的一个重要环节<sup>[4]</sup>。有实验证明早期营养不良可以影响脑容量的增长和远期的智力发育,而外科营养支持亦是各种手术成功的保证<sup>[5-6]</sup>。因此,术后喂养很重要,要少量多餐,保证足够的蛋白和热量,并且尽量抱起喂养,防止反流误吸。出院后应定期随访患儿生长发育情况,尤其是脑功能发育情况,以便早期干预,防止发生脑发育障碍。

## 参考文献

- 郭卫红,陈永卫,侯大为. 围产期先天性消化道畸形的外科处理[J]. 中华小儿外科杂志,2005,26(9):493-495.
- 李正,王慧贞,吉士俊. 实用小儿外科学[M]. 上册. 北京:人民卫生出版社,2001. 491-500.
- 张奉超. 新生儿麻醉中保温方法的探讨[J]. 中原医刊,2002,29(11):11-12.
- 王俊,施诚仁,蔡威等. 新生儿外科畸形的早期干预[J]. 中华小儿外科杂志,2007,28(3):121-123.
- Lawlor DA, BattyGD, MortonSM, et al. Early life predictors of the 1950s[J]. J epidemiol community Health,2005,59,656-663.
- 施诚仁,蔡威,吴晔明,等. 先天性食管闭锁若干复杂问题的外科处理对策[J]. 中华小儿外科杂志,2007,28(3):124-126.
- [J]. 中国微创外科杂志,2004,4(5):368-369.
- 陈开运,向国安,王汉宁,等. 腹腔镜疝囊高位结扎联合脐正中襻覆盖内环治疗小儿腹股沟斜疝[J]. 中华外科杂志,2007,45(3):207-209.
- 朱熠林,陈杰,王明刚,等. 腹腔镜疝囊高位结扎术治疗儿童腹股沟疝的经验[J]. 首都医科大学学报,2011,32(5):674-677.
- 朱晓敏,潘怡,黄益民,等. 腹腔镜下经腹腔内环口缝扎法治疗小儿腹股沟斜疝 143 例分析[J]. 苏州大学学报(医学版),2011,31(1):171-172.
- 阿布都赛米,卡热也木,克力木. 单孔腹腔镜疝囊高位缝扎术治疗小儿腹股沟疝的应用体会[J]. 腹腔镜外科杂志,2011,16(4):303-304.
- 张宝欣,彭旭,刘斌,等. 腹腔镜内环结扎法治疗小儿腹股沟疝和鞘膜积液的经验及对策(附 216 例报告)[J]. 临床小儿外科杂志,2005,4(1):7-10.

## 参考文献

- 李宇洲. 我国腹腔镜治疗小儿斜疝的现状和发展前景

(上接第 42 页)

的可吸收线。张宝欣等主张结扎局部切口离开内环 12 点投影 10 mm 左右,进针时在皮下潜行,埋线结时可靠提起皮肤,使线结疙瘩稍离开切口以减少刺激<sup>[6]</sup>。阴囊积气较为常见,主要原因为内环口高位结扎前,未及时将远端疝囊内的气体全部挤回腹腔。因此,在内环口高位结扎前应挤干净疝囊内气体再打结;如已打结,也可以经皮肤注射器穿刺疝囊抽出气体,积气较少亦可不处理,短期内多可自行吸收。

总之,两种腹腔镜小儿疝囊高位结扎术治疗小儿腹股沟斜疝手术时间及住院时间短、恢复快、安全性高、创伤小,可同时用于处理腹股沟隐性疝和双侧腹股沟疝,值得临床推广应用,手术者可根据各自医院及自身实际情况选择合适的术式。