

## · 经验交流 ·

## 新生儿消化道穿孔 55 例临床分析

赵 萍 刘 翔 左 伟 高 威 张燕敏 陈晓莉 沈 浩

【关键词】 胃肠道;肠穿孔;婴儿,新生

新生儿消化道穿孔是危及新生儿生命的严重疾病,起病急,病情发展迅速,若未能得到及时有效的治疗,死亡率较高<sup>[1]</sup>。为进一步提高对本病的认识,作者总结了近 3 年来收治的 55 例新生儿消化道穿孔患儿临床资料,对其原发疾病、穿孔部位、诊断及治疗进行探讨。

## 临床资料

## 一、一般资料

2008 年 3 月至 2011 年 1 月作者共收治新生儿消化道穿孔 55 例,其中男性 46 例,女性 9 例,入院日龄 1~28 d,平均日龄 8 d,入院体重 1.5~3.7 kg,平均体重 2.4 kg。穿孔部位:胃穿孔 19 例,空肠

穿孔 1 例,回肠穿孔 13 例,回盲部穿孔 2 例,结肠穿孔 2 例,直肠穿孔 1 例。原发疾病包括:新生儿坏死性小肠结肠炎 23 例,先天性胃壁肌层缺损 19 例,先天性巨结肠 6 例,先天性肠闭锁 5 例,先天性无肛 1 例,腹股沟嵌顿性斜疝 1 例。

## 二、治疗及预后

55 例患儿均予手术治疗,其中 3 例术中家长因各种原因放弃治疗,其余均顺利完成手术。49 例痊愈,治愈率 94%,1 例新生儿坏死性小肠结肠炎患儿术后因多发性节段性肠坏死、败血症及 DIC 抢救无效死亡,2 例先天性胃壁肌层缺损患儿存在早产、极低体重、就诊较晚、病情危重等,术后死于多器官功能衰竭。手术方式及预后详情见表 1。

表 1 55 例患儿手术方式及预后

原发疾病	手术方式	一期治愈	术中放弃治疗	术后死亡
新生儿坏死性小肠结肠炎	肠穿孔修补/肠切除+肠造瘘术(+肠活检)	21	1	1
先天性胃壁肌层缺损	胃壁肌层缺损修补术	16	1	2
先天性巨结肠	肠穿孔修补+肠活检+肠造瘘术	6	0	0
先天性肠闭锁	闭锁肠管切除+肠吻合术	4	1	0
先天性无肛	肠穿孔修补+肠造瘘术	1	0	0
腹股沟嵌顿性斜疝	嵌顿疝松解还纳+肠切除+肠吻合+疝囊高位结扎术	1	0	0
合计		49	3	3

## 讨 论

新生儿消化道穿孔并非一种疾病,而是各种胃肠道疾病的一类严重并发症。多发生于早产儿及低体重儿,男婴发病率明显高于女婴。从本组资料分析,引起新生儿消化道穿孔最常见的原发疾病是新生儿坏死性小肠结肠炎,这与国外文献报道一

致<sup>[2]</sup>。其次是胃壁肌层缺损,再次为先天性巨结肠、先天性肠闭锁、先天性无肛、腹股沟嵌顿性斜疝。此外,国内文献报道还有胎粪性腹膜炎、美克尔憩室、特发性肠穿孔等。结合本组临床资料,新生儿有以下表现时应考虑消化道穿孔的可能:①出现突发性呼吸困难,皮肤黏膜青紫,反复呕吐胆汁样或咖啡色液体;②高度腹胀并进行性加重,腹壁水肿,腹壁静脉显露,肠鸣音减弱或消失;③腹部立位平片提示有膈下游离气体;④存在全身中毒症状,如嗜睡、拒奶,反应低下,四肢冰冷,体温不升等。一旦考虑有本病的可能,应立即拍摄腹部立位平片以协助诊断,绝大部分患儿可见典型的膈下游离气体。

患儿明确诊断后,应争取在 2~3 h 内尽可能充

分地做好术前准备。对腹胀明显者,可先行腹腔穿刺抽气以缓解呼吸困难。手术是治疗新生儿消化道穿孔唯一有效的方法<sup>[3]</sup>。术式的选择应根据穿孔部位、大小、肠管生机、腹腔污染程度、患儿生命体征及其对手术的耐受性来决定,必要时可分期手术。应尽量选择手术时间短、创伤打击小的手术方式。因术前大多不易明确穿孔的病因及部位,故手术切口多取脐上横切口,以利于术中探查。进入腹腔后应自胃、小肠、结肠至直肠全面仔细探查,尽快明确病变范围及穿孔部位,以决定手术方式。需注意新生儿坏死性小肠结肠炎病变可能累及两处以上的肠管。虽然本组资料显示巨结肠穿孔均见于结肠,但若见末端回肠穿孔或伴有结肠细小者,要考虑全结肠型先天性巨结肠的可能。处理穿孔前应清除腹腔内胃肠液和粪汁,并以温盐水冲洗腹腔以减少毒素的吸收,术毕也需用大量温生理盐水冲洗腹腔以减少炎性物质的吸收,避免术后腹腔残余感染,且需留置腹腔引流管。

对于先天性胃壁肌层缺损,手术方法为修补穿孔,将坏死、薄弱、不正常的胃壁全部切除,切缘范围以切缘有新鲜血液流出及胃壁颜色正常为标志,然后全层缝合胃壁,浆肌层间断缝合以加固。对于新生儿坏死性小肠结肠炎,若末端回肠或结肠单纯穿孔,其周围肠管生机尚好则可行穿孔修补+近端肠管单口造瘘术,但作者在实施中考虑到二期手术时需了解远端肠管情况,故多行近远端肠管双口造瘘,以便后期经远端瘘口造影检查,实践证明该方法可行有效。若肠管病变范围广泛,但坏死穿孔界限较清楚,则切除已坏死穿孔肠管,将近远两端病变较轻的肠管分别提出腹壁行造口术。本组病例中即有因回盲部穿孔、坏死而切除回盲部,行末端回肠和升结肠双口造瘘术者,术后恢复良好。若多处病变,则需尽可能保留有生机的肠管,分别切除坏死肠管,多处造瘘而避免大段切除肠管致短肠综合征<sup>[4]</sup>。此外,若术中见生机可疑的肠管范围广泛,且一期切除可能造成短肠综合征者,应予 0.5% 利多卡因肠系膜根部封闭及温盐水纱布包盖肠管热敷,若仍不能确定肠管是否坏死,应做肠外置术,待 24 h 后坏死界限清楚再行肠切除肠造口术。对怀疑先天性巨结肠穿孔的患儿可结合术中快速冰冻切片结果进行诊断,无条件者可结合临床表现及肠管大体形态初步判断。明确诊断为巨结肠穿孔者,行穿孔修补及近端正常结肠处造瘘,暂不做巨结肠根治。术中诊断难以确定者,先按先天性巨结肠处理,

行穿孔修补、近端肠造瘘术,并行远端结肠或直肠活检,先挽救患儿生命,再根据术后病理切片结果行后续处理。造瘘口部位一定要选择在肠壁神经节发育正常的部位,否则影响术后排便功能。对于先天性肠闭锁,小肠闭锁患儿应行肠切除肠吻合术;结肠闭锁较少见,一般一期多行闭锁近端结肠造瘘术,待二期再行肠切除肠吻合术。对先天性无肛伴穿孔患儿行穿孔修补及结肠造瘘术。此外,加强术后支持治疗及重视术后护理,病情危重者置监护病房,必要时予呼吸机辅助呼吸。应用足量有效抗生素控制感染及肠外全静脉营养,必要时输入悬浮红细胞、血浆及白蛋白支持治疗。

目前,随着医疗技术的进步,新生儿消化道穿孔若能得到早期诊断且及时有效的治疗,预后多较好。但胎龄小、出生体重低、就诊延迟、原发疾病病情危重、合并感染、休克、多脏器损害及有伴发畸形者预后较差。有报道体重 1 500 g 以下的极低体重儿死亡率很高<sup>[5]</sup>。本组资料也证明了这一点。新生儿免疫力低下,炎症不易局限,败血症导致休克和多器官功能衰竭是新生儿消化道穿孔死亡的主要原因。早期诊断、根据病情需要选择合适术式,加强围手术期处理,加深对感染性休克的认识,全面考虑呼吸、循环、代谢等因素及早期阻断这些因素的恶性循环,是降低新生儿消化道穿孔死亡率、提高治愈率的关键。

## 参考文献

- 1 Kuremu RT, Hadley GP, Wiersma RM. Gastrointestinal tract perforation in neonates[J]. Trop Doct, 2007, 37(1): 1-3.
- 2 Kitagawa H, Wakisaka M, Furuta S et al. Bowel perforation in the newborn baby[J]. Nippon Geka Gakkai Zasshi. 2007, 108(6):333-338.
- 3 Miserez M, Banen S, Geboes K, et al. Surgical therapy and histological abnormalities in functional isolated small bowel obstruction and idiopathic gastrointestinal perforation in the very low birth weight infant[J]. World J Surg, 2003, 27(3):350-355.
- 4 Blejter J, Millan F, Gimenez J, et al. Intestinal stenting in preterm, very-low-birth-weight infants with necrotizing enterocolitis and multiple perforations[J]. J Pediatr Surg. 2008, 43(7):1358-1360.
- 5 Asabe K, Oka Y, Kai H, et al. Neonatal gastrointestinal perforation[J]. Turk J Pediatr, 2009, 51(3):264-270.